

Equidade na Despesa com Cuidados  
de Saúde em Portugal

**Luis Manuel Correia Milho**

XLI Curso de Especialização  
em Administração Hospitalar  
(2011-2013)

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.



**Agradecimentos:**

Um agradecimento especial ao Prof. Julian Perelman pela sua orientação e disponibilidade, a sua ajuda foi inestimável.

Agradeço aos meus pais e irmã pelo essencial apoio e incentivo que incansavelmente me facultaram.

A todos os meus familiares e amigos pela contribuição para a constituição do meu ser.

**Palavras-Chave:** Acesso; Equidade; Estado de Saúde; Estatuto-Socioeconómico; Despesas com cuidados de saúde; Necessidade; Utilização.

**Resumo:** O acesso com equidade aos cuidados de saúde é uma das pedras angulares da constituição da nossa República e do SNS. A garantia de igual utilização para iguais necessidades seguindo os princípios de equidade é parte integrante da legislação Portuguesa. Os indivíduos com menor estatuto-socioeconómico são apontados unanimemente pela literatura internacional como possuindo pior estado de saúde que os mais abastados, sendo por isso de prever uma maior utilização dos cuidados de saúde. Através deste trabalho pretendemos aferir a equidade da despesa com cuidados de saúde, partindo da premissa que pior estatuto socioeconómico está relacionado com pior estado de saúde, serão os indivíduos com menor capacidade financeira a utilizar mais os cuidados de saúde e portanto a apresentar maior despesa. Utilizando o INS 05/06, e, através de uma regressão multivariada, ajustámos os resultados em relação às variáveis comumente associadas com necessidades em cuidados de saúde, e verificámos que efectivamente existem iniquidades na despesa com cuidados de saúde. Analisando o rendimento líquido total da família do utente no mês anterior ao inquérito existe uma clara gradação, em que maior rendimento se reflecte em maior despesa. Verificámos que as despesas com cuidados de saúde são superiores nos indivíduos com idade superior a 34 anos, com uma educação de nível terciário ou superior, com rendimento superior ou igual a 700,20 euros, com estado de saúde auto-reportado Muito Mau, com seguro de saúde e com doenças crónicas. A despesa não variou significativamente tendo em conta o sexo. Na idade, apenas a categorias etárias 18 a 34 anos e maiores de 75 anos apresentaram uma diferença estatisticamente significativa em relação à despesa com cuidados de saúde. À luz dos resultados obtidos, concluímos que existem efectivamente iniquidades favoráveis aos mais ricos na despesa com cuidados de saúde em Portugal.

**Keywords:** Access Healthcare; Healthcare Equity; Healthcare Expenditures; Healthcare Needs; Health Status; Healthcare Utilization; Socio-Economic Status.

**Abstract:** Equity in the access to healthcare is one of the most important health goals written in the Portuguese Constitution and in the National Health System (SNS). The guarantee of equal utilization for equal needs in healthcare is an integrant part of the Portuguese Legislation. The individuals with lower socioeconomic status (SES) have been consistently appointed by the international literature, as having worse health status and therefore it is legitimate to predict, a higher use of healthcare services. Through this work we pretend to in light the Portuguese healthcare expenditure and its level of equity. Knowing by forehand that lower SES is closely related to lower health status, the lower income individuals will use more healthcare services and therefore will have higher healthcare expenditures. Using the INS 05/06 inquiry and applying a multivariate regression, we've adjusted our results with the variables usually related to healthcare needs. Our results show that, in Portugal, there are iniquities in healthcare expenditures. By analyzing the total liquid income of the family related to the month before the inquiry, we have shown that there is a clear relation between income and health expenditure, in which, a larger income reflects higher healthcare expenditures. We have also observed that the individuals with the highest healthcare expenditures are the ones above 34 years of age, with the highest level of education, income equal or above 700,20 euros, with a self-reported health status Very Bad, with a contracted health insurance and inflicted with one or more chronic conditions. Healthcare expenditures weren't affected significantly by gender and in the age the only statistically significant difference was observed between the oldest (plus 75 years of age) and the youngest (18 to 34 years) of the individuals studied. Analyzing our results we can conclude that there are iniquities in healthcare expenditures favoring the rich in Portugal.

## Índice

	Página
<b>1 Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Enquadramento teórico .....</b>	<b>17</b>
2.1 O Acesso, Utilização e Equidade .....	18
2.2 A Equidade na Utilização .....	22
2.3 A Equidade nas despesas em saúde .....	24
2.4 A Despesa, a Equidade e o Rendimento .....	28
2.5 Outras variáveis explicativas .....	33
<b>3 Metodologia .....</b>	<b>36</b>
3.1 Variáveis dependentes .....	39
3.2 Variáveis independentes .....	41
<b>4 Resultados .....</b>	<b>44</b>
4.1 Análise Descritiva .....	45
4.2 Regressão multivariada .....	50
<b>5 Discussão .....</b>	<b>57</b>
5.1 Discussão de Resultados .....	57
5.2 Discussão Metodológica.....	60
<b>6 Conclusão .....</b>	<b>64</b>
<b>7 Bibliografia .....</b>	<b>66</b>

## **Acrónimos e Siglas**

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ADSE - Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

CE- Comissão Europeia

EUA – Estados Unidos da América

ESE – Estatuto Socioeconómico

HIV- Vírus da imunodeficiência Humana

IMC- Índice de Massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Instituto da Farmácia e do Medicamento

INSA- Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge

INS – Inquérito Nacional de Saúde

IOM- Institute of Medicine

IRS – Imposto sobre o rendimento de pessoas singulares

IRC – Imposto sobre o rendimento de pessoas colectivas

IVA – Imposto sobre o valor acrescentado

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OECD- Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS- Organização Mundial de Saúde

SES- Socioeconomic Status

SNS- Serviço Nacional de Saúde

WHO- World Health Organization



## 1. Introdução

Uma das principais preocupações dos Estados sociais é indubitavelmente o assegurar de condições para garantir a saúde dos seus cidadãos. Este objectivo, bem patente nas orientações estratégicas das várias organizações de saúde internacionais (Whitehead 2000 e 2006; WHO 2007; OECD 2011), bem como, nas políticas de saúde nacionais (Lei n.º 56/79; Lei 48/90), é de especial relevância, devido ao facto de vários estudos terem demonstrado continuar a existir desigualdades no estado de saúde que variam de País para País, de região para região e inclusivamente na mesma região entre grupos socioeconómicos (Whitehead 2000; WHO 2012).

Embora as preocupações com a saúde datem de mais longa data, em 1946 a OMS definiu, na sua constituição, que um dos direitos fundamentais, de todos, é ter a possibilidade de atingir o melhor padrão de saúde sem distinções de raça, religião, políticas, condições económicas e sociais. Mais tarde, na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de saúde, de 1978, realizada em Alma-Ata, foi expressa a necessidade de acções urgentes de todos os governos e de toda a comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, tendo sido definido que reduzir as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde deve ser uma meta prioritária para os países em desenvolvimento (WHO 1978).

Em 1980, trinta e dois Estados membros da Organização Mundial de Saúde definiram objectivos estratégicos regionais visando até 2000 reduzir as diferenças entre países e mesmo dentro dos países em 25% melhorando o nível de saúde das suas populações. Em 2007, esta mesma organização, volta a referir que é necessário que os recursos de saúde sejam organizados com equidade, que o acesso a esses cuidados seja aberto a todos e que o acesso inadequado a serviços de saúde é determinante para as iniquidades sociais em saúde (Whitehead 2000 e WHO 2007).

Mais recentemente, a crise financeira iniciada de 2007, com consequências imediatas nos sistemas de saúde ao nível mundial, veio reforçar a necessidade de garantir a saúde dos cidadãos e de continuar a promover a equidade na utilização de cuidados de saúde, pelo que, a WHO, em 2009, adoptou uma resolução (EUR/RC59/R3) para os seus estados membros, que visava assegurar que os seus sistemas de saúde continuavam a promover um acesso universal e efectivo aos serviços de saúde durante a crise económica (Mladovsky 2012).

Já em 2012, a WHO ao definir as suas políticas de saúde para 2020, refere que equidade na saúde é um princípio ético, relativamente próximo dos direitos humanos e de justiça social, que tem um enfoque na distribuição de recursos e outros processos que podem provocar desigualdades. Considera assim, que iniquidades na saúde são desigualdades consideradas injustas e que alcançar equidade na saúde significa minimizar desigualdades em saúde. Esta organização refere como principais objectivos, reduzir iniquidades na saúde e assegurar um sistema de saúde centrado na universalidade, equidade, sustentabilidade e alta qualidade (WHO 2012).

Em termos nacionais, as preocupações com a saúde, a utilização e a equidade no acesso a cuidados de saúde, também são de vária ordem, sendo desde logo de destacar as referências na Constituição da República Portuguesa, na Lei do Serviço Nacional de Saúde, na Lei de bases da Saúde e no Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

A Constituição da República no artigo dedicado à saúde (64º) defende que “ todos têm direito à protecção da saúde, através de um serviço de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito (...) é uma incumbência do Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua situação económica aos cuidados de saúde” (Constituição da República Portuguesa, VII Revisão constitucional 2005).

A Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79) no seu art.º 4 explicita que: “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social” e na lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) é referido também explicitamente que a política de saúde deve ter como principal objectivo equidade no acesso, na distribuição e utilização de recursos, independentemente da condição económica e local de residência.

No Plano nacional de Saúde 2012-2016, no Eixo Estratégico 3.2 referente à Equidade e acesso aos cuidados de Saúde, é mencionado que entre os desafios que se colocam ao sector público se destacam, a necessidade de definir serviços essenciais, aos quais deverá ser garantido o acesso aos cidadãos e a determinação da forma como os benefícios da prestação de cuidados de saúde são distribuídos pelos indivíduos de classes socioeconómicas diferentes (Alto Comissariado da Saúde, 2011).

Naturalmente que, se as preocupações políticas com a saúde são de longa data e persistem na actualidade é porque continuamos a assistir a desigualdades na saúde. Novamente os estudos das organizações de saúde, ao efectuar uma avaliação dos cuidados de saúde, são pertinentes porquanto demonstram a existência de desigualdades em termos de mortalidade, morbilidade, na utilização e no acesso aos cuidados de saúde

Um estudo da OCDE efectuado em 2011 (OCDE Indicators 2011), mostra-nos que entre 1960 e 2009, nos seus 34 países, as desigualdades, embora diminuído, continuam a apresentar grandes variações, nomeadamente, na esperança média de vida, nas várias mortalidades, prematura, infantil, por doenças cardíacas e por cancro, nos acidentes, nos suicídios, na diabetes, na incidência de cancro e no HIV. Em 2012 esta mesma organização volta a demonstrar que existem notórias desigualdades no estado de saúde das populações, nos recursos afectos, na utilização e na qualidade de cuidados, entre os diferentes países (OECD 2011 e 2012).

A UE, em 2010, publica também um estudo “ Reduzir as Desigualdades na União Europeia” onde demonstra que em 2006 as desigualdades entre estados membros na esperança média de vida eram significativas, que inclusivamente as diferenças existiam entre sexos e grupos socioeconómicos diferentes e que os grupos em situações de pobreza, os idosos com baixas pensões e os desempregados estavam sujeitos a maior gravidade na doença e inclusivamente a mortes (CE 2010).

As estatísticas da OMS citadas na página desta organização em “World Conference on Social Determinantes of Health”, “Fact file on health inequities”, relativas a 2011 mostram que as desigualdades são enormes. Existe uma diferença de 36 anos na esperança média de vida entre países extremos, existem países onde uma em cada cinco crianças morre antes que consiga atingir os cinco anos de idade, o que perfaz 21.000 mortes por dia, quando na União Europeia a taxa é de 13 para 1000. Existem países onde a proporção de mortalidade maternal é de 1000 em cada 100.000 nascimentos, noutros países esta proporção é de 21 (WHO 2012).

Mais recentemente a OMS publicou a sua estatística mundial de saúde de 2012 (Global Health statistics 2012), para os seus 194 Estados membros. Neste estudo de 2012, na parte III Global Health indicators, constata-se que a esperança de vida à nascença varia entre 44 e 86 anos. Que a mortalidade por 100.000 habitantes varia entre 11 e 1552. Ao nível das desigualdades, analisados 86 países, podemos verificar para os seis indicadores de saúde seleccionados que, a

prevalência de contraceptivos varia percentualmente entre o 0 e 79, os cuidados pré natais variam percentualmente entre 3 e 98, os nascimentos assistidos entre 1 e 100, a cobertura de imunização por DTP3 até um ano entre 5 e 100, as crianças com menos de três anos com baixo peso entre 2 e 63 e a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos entre 4 e 234 por cada mil nascimentos (WHO 2012).

As iniquidades entre grupos socioeconómicos têm sido objecto de numerosos estudos, quer a nível internacional, quer a nível nacional. São desde logo, do nosso ponto de vista, de destacar os estudos da WHO (2007 e 2012), da OCDE (2011), de Whitehead (2000), Van Doorslaer et al (2006), Mackenbach (2007), Bago D’Uva et al (2008), Pereira (2002) e Furtado e Pereira (2010).

Quando se verificam as diferenças na utilização de cuidados por rendimentos, nível educacional, por profissão, ou seja, por grupos socioeconómicos diferentes, verificamos desde logo que as taxas de mortalidade são mais altas para os grupos economicamente mais desfavorecidos e que, a própria incidência da doença varia entre sexos, idade e ocupação (Mackenbach 2007; WHO 2012).

Quando se efectuam análises de sobrevivência entre grupos sócio económicos diferentes constata-se também que os grupos de menores rendimentos são os mais desfavorecidos, sendo também os mais sujeitos a doenças, a doenças crónicas e a incapacidades. Estas diferenças são patentes em vários países como a Inglaterra, a França, a Hungria, na Espanha e na Rússia e o grau de iniquidade pró-ricos na utilização de cuidados é bastante alto nos EUA, na Finlândia, na Suécia e em Portugal (Whitehead 2000 e Van Doorslaer 2006).

Da mesma forma, em estudos quer efectuados entre países da UE, quer efectuados em Portugal, que compararam a utilização de cuidados em função de iguais necessidades, confirmaram-se também a existência de iniquidades nas consultas de clínica geral desfavorável para os indivíduos de menores rendimentos, embora, para outros estudos, fosse obtida uma iniquidade favorecendo os grupos de menor rendimento. Nas consultas de especialidade e nos cuidados dentários verificava-se também uma maior injustiça a favor dos grupos de maiores rendimentos (Bago D’uva 2008; Simões et al 2008).

As despesas em saúde também têm sido objecto de várias análises e estudos na óptica do acesso/utilização de cuidados em Portugal. Pereira (2002) referindo que vários estudos concluem pela prestação de menos cuidados de saúde em função das necessidades às classes

mais pobres, verifica que o maior peso da doença, de uma maneira geral, nos grupos de menos recursos é compensado por uma maior proporção de consumo de cuidados, assumindo para estes a respectiva despesa, um maior valor (Pereira 2002).

Ainda ao nível das despesas, comparadas medidas de desigualdade entre dois inquéritos aos Orçamentos familiares 1994/95 e 2000, verifica-se que, embora diminuindo, subsistem desigualdades entre regiões, entre grupos socioeconómicos e que se verificou um agravamento em duas das componentes das despesas médias das famílias, medicamentos e material terapêutico (Giraldes 2005).

Ao nível dos cuidados de Saúde Primários Bago D'úva (2008) constatou que, no período de 1994-2001, Portugal apresentou índices de iniquidade favorecendo os grupos de maior rendimento. No entanto, resultados diferentes foram os obtidos por Pereira e Lopes que no período de 1998/99 obtiveram um valor que favorecia os indivíduos de nível socioeconómico inferior (Pereira 2010).

No que se reporta a medicamentos e MCDT, é de referir que para o primeiro se verificam desigualdades na utilização, segundo Furtado e Pereira (2010), as diferenças de prescrições entre instituições ou práticas, quer as diferenças na aquisição devidos a factores económicos, educacionais ou culturais, podem traduzir-se em iniquidades no acesso a medicamentos. Relativamente aos MCDT, Lopes e Pereira e Lopes verificaram que os índices de iniquidade favoreciam os grupos de maiores rendimentos (Furtado e Pereira 2010).

No que se reporta ainda às despesas em saúde é de salientar que em Portugal a saúde é paga de quatro formas: por impostos directos e indirectos (IRS, IVA e IRC), por seguros de índole social como a ADSE, por seguros de índole privada e ainda por pagamentos directos (out-of-pocket), geralmente no momento da utilização de cuidados e de que são exemplos as taxas moderadoras e os produtos farmacêuticos não comparticipados. Ora no nosso país, verificamos um elevado peso dos pagamentos directos e sendo as despesas com impostos indirectos regressivas, não nos espanta que estudos internacionais demonstrem que temos uma situação de regressividade do financiamento da saúde, ou seja, temos uma situação em que as famílias mais pobres dedicam fatias maiores do seu escasso rendimento à saúde (Furtado e Pereira 2010; Wagstaff et al 1999).

Mais, do nosso ponto de vista, acrescem a estas iniquidades as diferenças muito significativas no rendimento entre grupos socioeconómicos em Portugal. Parece-nos particularmente importante referir que a realidade socioeconómica para os grupos de menor rendimento, é em Portugal mais injusta, que para a média dos países da UE. Vários estudos demonstram enormes assimetrias e inclusivamente percentagens significativas de população em risco de pobreza, que poderão ter implicações e aumentar as iniquidades no acesso e na utilização de cuidados de saúde. Os estudos efectuados pelo INE, a Fundação Manuel dos Santos e da Rede Europeia anti-pobreza, são bem elucidativos desta realidade.

Embora colateral ao nosso estudo, não queremos deixar de referir, muito sinteticamente, que de acordo com o INE (2010), Rodrigues (2011) e Vilaplana (2013), em Portugal, se destacam os fracos rendimentos da maioria da população portuguesa (cerca de 90%) e que uma percentagem significativa da população portuguesa vive no limiar da pobreza (24%).

Consideramos pois, que estudar as iniquidades em saúde em Portugal, que se comprova existirem pelos estudos referidos, é uma temática relevante em saúde. Acresce a esta razão, também o facto de, na actual conjuntura económica, as dificuldades, sobretudo dos grupos de menor rendimento, poderem vir a ser ainda mais afectadas, com reflexos maiores nas notórias dificuldades de acesso e agravando as iniquidades no actual sistema de saúde português.

Assim, reconhecendo a importância do acesso aos cuidados de saúde, em termos gerais e a necessidade de garantir a equidade no acesso a estes cuidados, propomo-nos efectuar um estudo que tem como principal objectivo averiguar sobre a existência de iniquidades socioeconómicas na despesa privada com os cuidados de saúde. Parece-nos que embora esta temática seja objecto de vários estudos, estudar as eventuais iniquidades na despesa por grupos de rendimento poderá dar um modesto contributo explicativo para uma análise do funcionamento do nosso sistema de saúde e contribuir para identificar estratégias de melhoria no acesso aos que poderão apresentar mais dificuldades, visando garantir um Serviço Nacional de Saúde que se deseja de, geral, universal e tendencialmente gratuito. Desta forma e mais especificamente tentaremos efectuar estudo sobre as iniquidades na repartição da despesa privada em saúde por rendimento ao nível dos diferentes grupos socioeconómicos em todo o Portugal.

Acresce que o estudo de possíveis iniquidades na despesa privada com cuidados de saúde encontra particularidades que o tornam bastante interessante. Primeiro, o estudo da despesa

em relação à utilização de cuidados de saúde revela desde logo diferenças importantes, sendo geralmente observado que a um estatuto socioeconómico (SES) baixo se reflecte num estado de saúde mais débil o que, por sua vez, leva a uma utilização mais elevada de cuidados de saúde (Furtado e Pereira 2010; Poel, Doorslaer e O'Donnel 2011). Por outro lado, considerando que um indivíduo de SES baixo poderá gastar bastante mais em cuidados devido à sua elevada utilização dos serviços, enquanto, por sua vez, um indivíduo do SES alto poderá apresentar o mesmo nível de despesa porque utiliza cuidados mais diferenciados ou com maior valor, esta dicotomia é profundamente injusta. Assim, por estas razões, muito provavelmente, o custo de oportunidade de igual despesa com cuidados de saúde da classe mais baixa será muito maior que o da classe mais elevada (Poel, Doorslaer e O'Donnel 2011).

Como base de dados, iremos recorrer ao último Inquérito Nacional de Saúde realizado em parceria pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006.

A metodologia utilizada para a elaboração do trabalho foi dividida em duas fases. Em primeiro lugar efectuámos uma pesquisa documental sobre a temática do acesso, utilização de cuidados de saúde e equidade utilizando as seguintes fontes:

- Relatórios da Organização Mundial de Saúde, da OCDE e da Comissão Europeia;
- Bases de dados electrónicas de artigos científicos;
- Trabalhos de investigação de instituições académicas;
- Documentos e trabalhos do Ministério da Saúde e de outras entidades nacionais;

Numa segunda fase, foi efectuada uma análise dos dados constantes no Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006.

O trabalho está estruturado da seguinte forma:

- Um primeiro capítulo, com a introdução onde é referida a pertinência da temática e definidos os objectivos;
- No segundo capítulo, o enquadramento, onde se pretende efectuar uma revisão da literatura sobre a temática;
- Numa terceira parte, será descrita a metodologia, onde se pretendem enumerar as etapas e métodos seguidos para redigir este trabalho;

- Uma quarta parte, onde se apresentarão os resultados, onde para além dos resultados obtidos se expõem as suas principais ilações;
- Uma quinta parte, de discussão onde se efectuam relacionamentos entre os principais resultados e a revisão da literatura;
- Um final, com a conclusão, onde se procuram resumir as conclusões sobre a despesa e os cuidados de saúde, por diferentes grupos socioeconómicos.



## **2. Enquadramento teórico**

O Acesso é imediatamente associado coloquialmente com a capacidade de chegar, de atingir um determinado local. Em saúde este conceito é mais abrangente e apesar de incluir a anterior ideia de boas estradas ou curtas distâncias, foca-se mais, na nossa opinião, no potencial de usufruir de determinados serviços, nomeadamente cuidados de saúde. Neste aspecto, as barreiras no acesso são inúmeras e atravessam estatutos socioeconómicos, regiões, etnias, podem ser temporais, físicas, etc.

A Utilização, por sua vez, pode ser considerada como o objectivo último do acesso ou o acesso efectivo na medida em que, para existir possibilidade de haver utilização, é imperativo que haja acesso. Deste modo o indicador utilização, como medida do acesso apenas compreende, tal como referido, o acesso que é efectivado, pelo que, a população que tem acesso mas que opta por qualquer motivo por não utilizar os serviços, fica desse modo excluída na observação desse indicador. Desta forma esta opção de não consumir por parte dos utentes, seria mensurada como não utilização sobrevalorizando essa parcela e desse modo contribuindo para considerar a utilização injusta quando no fundo não o é.

O acesso é uma característica dos Sistemas de saúde sobre a qual recai uma grande importância. As barreiras às quais está sujeito, vão definir grande parte das desigualdades a que os cidadãos estão sujeitos, no entanto, devemos distinguir desigualdades de dois tipos, as justas e as injustas. É neste contexto que surge a Equidade, como desigualdades mas com um sentido/propósito de justiça social. Aos mais doentes cabem cuidados desiguais (mais e melhores) em relação aos saudáveis (Equidade vertical). Aos mais pobres não devem ser prestados cuidados inferiores aos que são prestados a indivíduos mais abastados, tendo ambos igual necessidade (Equidade horizontal).

Visando compreender melhor estes conceitos tentaremos de seguida aprofundar estas temáticas recorrendo à literatura que nos pareceu mais pertinente e actual.

## 2.1.O Acesso, Utilização e Equidade

Em estudo da OCDE em 2006, é referido que a saúde é determinada por um conjunto de factores, sendo apenas um deles, o respeitante, aos cuidados de saúde. Este estudo explicita ainda que das várias dimensões estudadas referentes aos cuidados de saúde, nomeadamente a aceitação, a acessibilidade, a apropriação, a capacidade, a competência, a continuidade, a efectiva melhoria de saúde, a eficiência e a equidade, a segurança, os cuidados em tempo, a dimensão mais importante é a que se reporta ao grau de realização dos resultados (Kelley e Hurst 2006).

Assim, pese embora a saúde seja determinada por um complexo e variado número de factores, um desses factores, o mais estudado reporta-se à prestação de cuidados de saúde. Na prestação de cuidados de saúde, um dos principais indicadores do seu impacto é, indubitavelmente, o seu acesso.

A importância do acesso aos cuidados de saúde é bem patente nas referências efectuadas desde longa data sobre o acesso e a utilização de cuidados e a necessidade de redução de iniquidades frutos de uma injusta utilização, efectuadas por vários organismos internacionais, nomeadamente, a WHO, a OCDE e a CE (Whitehead 2000 e 2006; OECD 2011; CE 2010).

Em termos nacionais, as preocupações com iniquidades no acesso a cuidados de saúde têm também sido objecto de várias referências em documentos fundamentais resultantes da Constituição da República Portuguesa, e na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), entre outros.

A importância desta temática sobre o acesso revelou-se tão importante que levou inclusivamente à constituição específica de alguns organismos para o seu estudo, de que são exemplos o “Committee on Monitoring Access to personal Health care Services” pelo “Institute of Medicine” (IOM) em 1993 e o “International Forum on Common Access to Health Care Services”, criado em 2003 (Oliver e Mossialos 2004).

Mas se a pertinência da temática do acesso a cuidados de saúde é bem evidenciada em termos internacionais e mesmo nacionais, como ficou acima referido, em termos conceptuais a definição do acesso aos serviços de saúde é considerada de complexa e com variações ao longo do tempo.

Para alguns, o termo acessibilidade foi identificado com as características dos serviços, nomeadamente, os recursos que lhe estavam afectos e que facilitavam a entrada no sistema de saúde, neste sentido, vocacionavam a acessibilidade para o lado da oferta dos serviços de saúde. Para outros, que efectuam uma distinção entre acesso potencial e efectivo, identificando o primeiro com os factores que levam ao uso dos serviços e o segundo respeitante à utilização de cuidados, é introduzido o conceito de acesso visto do lado da procura. Outros, ainda, definem acesso como o grau de ajustamento entre os clientes e o sistema de saúde (Travassos e Martins 2004).

A complexidade do tema é de tal ordem que inclusivamente foram definidas várias dimensões do acesso, nomeadamente, a disponibilidade, a acessibilidade, o acolhimento, a capacidade de compra e a aceitação (Oliver e Mossialos 2004).

Nas definições citadas em ambos os casos, quer mais do lado da procura, quer do lado da oferta, o acesso está intimamente relacionado com a utilização dos serviços e nesta vertente, os estudos sobre o acesso estão naturalmente associados às eventuais barreiras à sua utilização e ao potencial de saúde que se deseja obter com o acesso aos cuidados de saúde (Travassos e Martins 2004).

É com base nos conceitos de acesso do IOM e da OMS, entendidos como o uso adequado no momento oportuno, que percebemos claramente estar a eficácia do acesso dependente dos resultados obtidos com essa mesma utilização. Contudo e embora esta visão de acesso ligada à utilização/resultados da prestação de cuidados de saúde tenha vindo a ser assumida como predominante, não devemos esquecer que *“ a utilização dos serviços não pode ser explicada apenas pelo acesso, uma vez que, existem todo um conjunto de factores que podem influenciar esta mesma utilização e naturalmente o acesso aos cuidados de saúde”* (Travassos e Martins 2004).

Assim, *“da mesma forma que devemos considerar a saúde como um fenómeno mais amplo que a ausência de doença e que não se explica apenas pela utilização de serviços, a utilização de serviços também resulta de toda uma multiplicidade de factores não se explicando apenas pelo acesso”* (Travassos e Martins 2004; Furtado e Pereira 2010).

É de realçar neste ponto a diferença entre os conceitos de equidade na saúde e equidade nos cuidados de saúde.

Tendo sempre em vista a justiça social, a equidade em saúde reporta desigualdades sistemáticas na saúde ou nos principais determinantes sociais da saúde entre os diferentes grupos sociais. Estas iniquidades provocam desvantagens que prejudicam ao nível da saúde impedindo o ultrapassar de outros efeitos decorrentes de uma mais frágil posição social. Não devemos esquecer que o conceito de saúde abrange bem-estar físico e psicológico e não apenas a ausência de doença (OMS). Assim, na equidade em saúde estão abrangidos determinantes sociais tais como, condições de vida, de trabalho, de habitação e ainda os cuidados de saúde (Braveman e Gruskin 2003).

A equidade nos cuidados de saúde refere-se de forma genérica à existência de justiça social na utilização de cuidados de saúde, no entanto, os cuidados de saúde são mais abrangentes que apenas os serviços em si, englobando também a alocação de recursos, o financiamento e a qualidade dos cuidados prestados (Braveman e Gruskin 2003).

O acesso efectivo aos cuidados de saúde com base na utilização de serviços é o mais amplamente estudado por inúmeros artigos que discutem e medem a utilização de cuidados de saúde, relacionando-a com dados populacionais, a fim de inferir sobre a equidade. Este facto prende-se com a disponibilidade de dados sobre a utilização de cuidados de saúde, ao contrário do acesso em sentido lato, a possibilidade de aceder a cuidados mas não o fazer por qualquer motivo é de muito difícil quantificação. São exemplos os trabalhos de autores como Wagstaff e Van Doorslaer (1999) cujos índices e métodos de análise são hoje amplamente utilizados.

Wagstaff e Van Doorslaer, em 1999, definiram equidade horizontal como tratamento igual para igual necessidade, independentemente do rendimento, distância ou lugar de residência. Foi criado um modelo que ficou conhecido como o modelo de Wagstaff e Doorslaer para avaliação da equidade horizontal e que tem tido uma ampla utilização em vários estudos a nível mundial.

Whitehead (2000) diz-nos que a importância da equidade advém do facto de em qualquer região e sistema político se verificarem diferenças na saúde em diferentes grupos sociais. Esta autora referindo que a equidade tem uma dimensão moral e ética distingue equidade em três vertentes: acesso igual para necessidades iguais; utilização igual para necessidades iguais e qualidade de cuidados igual para todos. É de salientar neste estudo que é chamada a atenção

para o facto de equidade não significar que devem existir cuidados iguais para todos, mas que se deve ter em conta o factor necessidade.

Para Giraldes (2001), o conceito de equidade que tem como referência igualdade de utilização para igual necessidade é discriminatório, uma vez que desfavorece os que têm uma mais baixa propensão para a utilização de cuidados de saúde preventivos, ou sejam, as classes mais desfavorecidas socioeconomicamente.

Sutton em 2002 refere que as necessidades de saúde variam consoante os grupos sócio económicos e que os estudos de equidade na distribuição de cuidados entre grupos devem comparar níveis de utilização com níveis de necessidade. Assim, defende que para medir a injustiça socioeconómica nos cuidados de saúde se deve utilizar a equidade vertical, ou seja o tratamento desigual para desiguais necessidades, demonstrando no seu estudo que a injustiça vertical é superior à injustiça horizontal (Sutton M. 2002).

Por outro lado, Lourenço et al (2007), embora reconhecendo que o conceito de equidade mais utilizado seja o de igual acesso para igual necessidade, refere que este conceito dissocia o acesso aos cuidados de saúde de qualquer capacidade de pagar esses cuidados. Equidade não implica igual acesso para todos, dado que existem alguns que têm mais necessidade que outros, referindo mesmo que uma diferenciação do acesso com base em diferentes necessidades é compatível com a noção de equidade vertical.

A equidade pode também ser geralmente associada ao livre acesso aos cuidados de saúde independentemente das necessidades ou de factores individuais. Mas, existem noções de equidade que se centram na adequação dos cuidados de saúde, ou obtenção de bem-estar, em função da prestação desses cuidados, bem como noções mais específicas que incidem sobre direitos éticos de justiça social (Simões, Paquete e Araújo 2008).

Para o nosso trabalho o conceito de equidade estudado será a equidade horizontal. Mantendo a necessidade ajustada, ou seja comparando indivíduos com iguais necessidades, iremos analisar como varia a despesa com cuidados de saúde tendo em conta diferentes variáveis demográficas, socioeconómicas e de hábitos de saúde. O objectivo último será concluir sobre a equidade na despesa com cuidados de saúde em Portugal, verificando se para iguais necessidades a despesa com cuidados de saúde é independente ou não das variáveis socioeconómicas.

## 2.2. A Equidade na Utilização

Após definir os conceitos chave do trabalho e do seu desenvolvimento com base na literatura, neste capítulo, vamos debruçar-nos sobre os estudos que abordam a equidade e a utilização de cuidados de saúde.

Os estudos sobre equidade horizontal, praticamente todos eles associando a utilização de cuidados em função das necessidades, assumem grande relevância nas análises efectuadas, quer em termos internacionais e inclusivamente ao nível nacional.

Em estudo efectuado por Pereira (2002) pretendeu-se avaliar se em Portugal eram prestados menos cuidados às classes pobres em comparação com as classes mais ricas. Utilizando como metodologia as curvas de concentração e medindo a utilização de cuidados de saúde nas consultas de clínica geral, consultas de especialidade e internamentos hospitalares, concluiu que a distribuição da doença é desfavorável para os mais pobres mas que estes são compensados, nomeadamente nas consultas de clínica geral com mais cuidados prestados. Nas consultas hospitalares e no internamento existe uma iniquidade favorável aos ricos.

Doorslaer e Masseria em 2004 ao estudar a iniquidade na utilização de serviços em 21 países da OCDE, utilizando a equidade horizontal, prestação de cuidados iguais para necessidades iguais, constataram que os EUA, México, Finlândia, Portugal e Suécia, eram os países em que o grau de iniquidade em favor dos ricos, no recurso aos serviços de saúde, era maior. As iniquidades eram a favor dos pobres nas consultas de clínica geral, mas em Portugal a iniquidade era particularmente grande nas consultas de especialidade e nas consultas de Medicina dentária.

Também na análise de consultas de clínica geral Pereira e Lopes (2005) concluíram pela iniquidade favorável aos indivíduos de nível socioeconómico inferior, referindo que a dimensão da iniquidade cresce quando se utiliza um indicador de saúde subjectivo.

Van Doorslaer et al em 2006, ao examinar a equidade na utilização de cuidados médicos em 21 países da OCDE verificou que o grau de desigualdade para os ricos era maior nos EUA, México, Finlândia, Irlanda, Portugal e Suécia, sendo particularmente grande em Portugal.

Óscar Lourenço et al (2007), ao estudarem a equidade na utilização de cuidados de saúde em Portugal, recorreram à técnica de regressão especificando dois modelos de contagem, o modelo binomial negativo e o de classes latentes. Concluem, pela existência de iniquidades na utilização de cuidados de saúde, no entanto, distinguem os utilizadores ocasionais, para os quais referem não se verificar equidade e os recorrentes, onde de facto se verifica essa iniquidade.

Em 2008, Simões, Paquete e Araújo, utilizando o conceito de equidade horizontal para acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária, com base no inquérito Nacional de Saúde de 1998/99, e, definindo indicadores de utilização e necessidades, utilizando curvas e índices de concentração, chegaram à conclusão que também se verificam iniquidades em favor dos mais ricos, embora os mais pobres utilizassem mais as consultas de clínica geral, o mesmo não se verificava nas restantes consultas (Simões, Paquete e Araújo 2008).

Bago D'uva et al (2008) mediram a desigualdade na utilização de cuidados de saúde na UE em função dos rendimentos, utilizando o índice de concentração de Wagstaff e Kakwani, os resultados mostraram também que para Portugal se verificava uma injustiça para os ricos nas consultas de clínica geral.

Ainda em 2010, Furtado e Pereira, em documento de trabalho referente à temática da equidade em Portugal, procuraram sistematizar a existência no contexto nacional de iniquidades no acesso a cuidados de saúde. Estes autores, efectuaram um resumo dos trabalhos sobre a temática no âmbito das consultas médicas, cuidados preventivos, consultas de especialidade, internamento e MCDT, tendo demonstrado existirem iniquidades no acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

Masseria e Giannoni (2010) ao efectuarem estudo sobre a equidade no acesso aos cuidados de saúde em Itália com base no rendimento para as consultas de clínica geral, especialista e internamento, concluíram pela existência de iniquidades pró ricos nas consultas de clínica geral e especialista e nenhuma injustiça nos internamentos.

Para efeitos do nosso estudo e atendendo à revisão bibliográfica mencionada que favorece a equidade horizontal, tentaremos no nosso trabalho efectuar uma análise da equidade na despesa com cuidados de saúde em Portugal, associando a despesa por grupos socioeconómicos em função de necessidades ajustadas.

### 2.3. A Equidade nas despesas em saúde

Após analisar os estudos que abordam a equidade e a utilização de cuidados de saúde vamos analisar a equidade na despesa em cuidados de saúde de forma a tentar compreender o porquê da existência de iniquidades nessa despesa.

A utilização de cuidados de saúde, em termos económicos, é determinada pelos seus custos e naturalmente, pelos benefícios esperados desses cuidados. Sendo os custos determinados pela distribuição dos recursos disponíveis, a utilização vai ser definida pela relação mútua entre a disponibilidade (oferta) e a procura de cuidados de saúde (Hjorstberg 2002).

A saúde e os cuidados de saúde são considerados como bens básicos essenciais na maioria dos países, e desse modo o seu financiamento estatal é passivamente aceite pela população como uma forma de proteger a equidade e protecção contra o risco. Contudo, para alguns autores os preços, que têm noutros sectores o papel preponderante nas relações oferta procura, têm influência reduzida na procura de cuidados de saúde nestes casos (Hsiao e Heller 2007; Baltagni e Moscone 2010).

Não existindo consenso sobre o efeito das alterações de preços na despesa em cuidados de saúde (Hartwig, 2008; Okunade et al.,2004; Gerdtham et al., 1992; Murthy and Ukpolo, 1994 citados por Moscone e Baltagi 2010), fica claro que existe uma relação íntima entre os preços e a utilização de cuidados de saúde em países onde este preço é significativo. Mais, o primeiro contacto dos utentes com o sistema de saúde é de índole individual e o custo esperado desse atendimento inicial é o principal determinante na procura desses cuidados (Horsjberg 2002).

Na prática não são os preços a definir a maior parte da utilização de cuidados de saúde, mas a decisão dos clínicos, pois a informação desigual, característica do sector da saúde, assim o propicia. Nestes casos, em que os custos monetários da utilização de cuidados de saúde são nulos ou muito baixos outros custos impõem-se no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente a distância geográfica aos serviços, os tempos de espera e os pagamentos out-of-pocket (Horsjberg 2002).

O modo como cada governo financia os cuidados de saúde das suas populações vai influenciar variáveis macroeconómicas chave. O financiamento pode ser feito de duas formas, pelo



investimento público ou privado, neste último caso destacam-se os pagamentos out-of-pocket e os seguros privados (Hsiao e Heller 2007).

O financiamento privado na saúde provém essencialmente de duas fontes, os seguros privados e os pagamentos directos (out-of-pocket). Estes últimos devem ser cuidadosamente estudados pelos estados de modo a assegurar que o acesso aos cuidados de saúde está assegurado a quem o necessita, preferencialmente sem induzir o empobrecimento das famílias (Hopkins 2010).

Pela sua regressividade, o grau de utilização de pagamentos out-of-pocket, é a parcela que mais problemas pode causar, em termos de risco de gastos catastróficos nas famílias com a consequente pobreza (Hopkins 2010).

Segundo Wagstaff et al (1999), os defensores de pagamentos out-of-pocket afirmam que o pagamento de taxas moderadoras leva a que os utentes reconsiderem os custos/benefícios da utilização dos serviços de saúde conduzindo assim à redução do consumo desnecessário.

Por outro lado, praticamente todos os sistemas de saúde estão actualmente confrontados com o aumento exponencial da despesa o que coloca grande pressão sobre o método de financiamento utilizado para as suportar. A questão que se coloca é, como os países e nomeadamente os seus decisores irão responder a este problema.

A “protecção” das populações através dos seguros públicos e/ou através das contribuições fiscais mais ou menos progressivas, torna este aumento da despesa pouco visível para o utilizador final, que dependendo das decisões governamentais poderá ser confrontado com aumentos de impostos. Devemos no entanto atentar à porção dos pagamentos directos ou out-of-pocket payments (OECD 2011).

A regressividade deste tipo de pagamentos dita que o aumento da sua utilização no financiamento dos cuidados de saúde irá penalizar quem mais os utiliza, independentemente do seu rendimento. Como é provável que a população com menor rendimento, seja a que tem maior necessidade de cuidados de saúde, é previsível uma tendência para a iniquidade.

Apesar dos pagamentos out-of-pocket estarem normalmente associados a elevada regressividade existem excepções à regra. Temos a Alemanha, a Holanda e a Irlanda em que,

devido à configuração do sistema financiamento, estes pagamentos estão cingidos aos cidadãos com maior capacidade socioeconómica (Giraldes 2005).

Em média 19% da despesa em saúde dos países da OCDE corresponde a pagamentos directos. Nalguns países a porção do financiamento que representa os pagamentos directos é suficientemente importante para criar barreiras ao acesso dos utentes. Nestes países as famílias respondem a essas dificuldades principalmente atrasando ou ignorando a necessidade dos cuidados de saúde (Hoffman et al., 2005; May and Cunningham, in Banthin et al., 2008 citados por OECD 2011).

Nos EUA e na Suíça em 2010, a percentagem de pessoas com dificuldade económicas, com idade avançada e sujeitas a pagamentos out-of-pocket elevados foi de uns assustadores 29% e 20% respectivamente.

No caso Português, conforme já referido, o Sistema Nacional de Saúde é financiado por 4 meios distintos: impostos, seguros sociais, seguros privados e através dos pagamentos directos. Estes últimos, efectuados no momento do consumo estão mais directamente relacionados com a utilização dos cuidados de saúde, sendo de destacar as taxas moderadoras, os produtos farmacêuticos não comparticipados e as consultas médicas no sector privado (Furtado e Pereira 2010).

Óscar Lourenço e Victor Raposo, em 2009, referem que Portugal embora tenha valores de despesas privadas semelhantes aos restantes países europeus (27,7%), gasta mais com pagamentos directos privados das famílias (78,9%) e menos com seguros privados (7,3%).

Portugal estava em 2009 nos lugares cimeiros da percentagem de gastos em saúde out-of-pocket em relação ao total de gastos do agregado familiar com 4,2%. A Suíça estava no extremo superior do espectro com 6,2% e como mínimos temos a Holanda e a Turquia com 1,5% (OECD 2011).

Em 2011, a despesa consumo final das famílias por tipo de bens e serviços foi de 29.220,4 euros tendo correspondido à saúde 1.666,2 euros (5,7%). A despesa privada familiar em saúde em 2011 foi de 4.834.577 milhares de euros, representando 28,9% do total da despesa com cuidados de saúde (PORTDATA 2012).

Nos pagamentos directos são as despesas com medicamentos que têm a maior relevância no panorama Português, não só devido ao seu elevado consumo nacional mas também devido às taxas de comparticipação baixas e às poucas isenções do seu pagamento (Simões, Barros e Pereira 2008).

Como ficou demonstrado por Santana (2011) o consumo de medicamentos em ambulatório pode ser utilizado como proxy da carga da doença, aliás, este estudo concluiu pela existência de um modelo que permite estimar a carga da doença, a partir da informação relativa ao consumo de medicamentos dos utentes.

Assim, face ao exposto e considerando a despesa out of pocket de elevada importância no actual quadro de financiamento do SNS, iremos estudar a despesa total out-of-pocket para averiguar das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

No obstante da despesa com medicamentos ser um proxy relativamente bom para a despesa total com cuidados de saúde (out-of-pocket), o facto de termos disponíveis outras parcelas, tais como despesa em MCDT, consultas e outros tratamentos, dita utilizarmos o seu somatório para obter resultados mais fiáveis.

Como conclusão deste capítulo ressaltamos a importância das despesas privadas para possíveis problemas de iniquidade. A característica não comparticipação destas despesas ditam, que no caso da proporção destes pagamentos aumentar, aumenta também a probabilidade de iniquidades visto que a capacidade de pagar vai ser um factor mais preponderante na utilização dos cuidados de saúde.

## 2.4. A Despesa, a Equidade e o Rendimento

No capítulo anterior ficou claro que a despesa com cuidados de saúde e a sua equidade depende de vários factores nomeadamente de características do sistema de financiamento, mas na prática o que nos diz a literatura, será a iniquidade preponderante, ou pelo contrário a distribuição da despesa com cuidados de saúde é proporcional e justa? É a essa questão que tentaremos, de seguida, responder pelo que nos é dito na literatura.

Existem poucos estudos sobre equidade e despesa com cuidados de saúde de forma directa, no entanto são prolíficos os que procuram correlacionar rendimento individual/colectivo com despesa em cuidados de saúde. Desta forma a temática do trabalho está em linha, primeiro com uma vertente pouco estudada (despesa) e em segundo, adopta como variáveis as mais utilizadas neste tipo de estudos (rendimento).

O rendimento é considerado o principal determinante não demográfico da despesa em cuidados de saúde, isto, no obstante de não existirem estudos conclusivos sobre esta temática na literatura. A elasticidade das despesas em cuidados de saúde em relação ao rendimento é uma questão em aberto, cujas conclusões contraditórias não permitem uma consensualidade que se impunha.

Ao contrário de outros factores determinantes da despesa em cuidados de saúde per capita, nos estudos macro, o rendimento apresenta consenso entre os especialistas, como sendo importante no consumo e portanto na despesa em cuidados de saúde per capita (Baltagni e Moscone 2010).

A procura dos cuidados depende de vários factores interdependentes, entre os quais as atitudes individuais, percepções e decisões puramente pessoais, mas os factores predominantes mais apontados são: o estado de saúde inicial, o rendimento e a educação (Grossman, 1972; Manning et al 1987; Kenkel, 1994 citados por Hjorstberg 2002).

Estes três factores estão intimamente relacionados sendo que a percepção do estado de saúde inicial varia grandemente com a educação, os resultados percebidos também teoricamente poderão ser diferentes. O rendimento vai ser fundamental na capacidade de pagamento dos cuidados de saúde assim como na variação da utilidade marginal desse tratamento.

Quando o rendimento aumenta os países mais abastados investem mais em produtos de maior valor, ou produtos superiores como é o caso dos cuidados de saúde, que apresentam elasticidade superior a 1, segundo a maioria dos estudos inter-países macro-económicos (Dewar D. 2010).

Por outro lado vários estudos micro-económicos apontam os cuidados de saúde como sendo bens normais e portanto com elasticidade entre 0 e 1 em relação ao rendimento, quando se estuda a questão ao nível individual (Dreger e Reimers 2005).

Outros autores consideram ainda que o rendimento e despesa em cuidados de saúde estão apenas indirectamente relacionados através de prémios de seguros por exemplo. Nestes casos a existência de risco moral é bastante grande, levando a que o consumo de serviços ultrapasse a utilidade marginal para o utente. A somar a este efeito temos a assimetria de informação em relação aos clínicos que pode levar a indução do consumo e portanto a aumento da despesa (Hsiao and Heller, 2007).

No entanto, como já referimos, o modo como cada governo financia os cuidados de saúde das suas populações é decisivo e este pode ser efectuado pelo investimento público ou privado. Os pagamentos out-of-pocket são os que causam mais problemas às famílias mais pobres (Hopkins 2010).

Estes dados parecem estar em linha com o estudo de Wagstaff et al (1999) o qual aponta para uma regressividade global do sistema de financiamento do SNS português. As razões principais para esta regressividade prendem-se com o já referido elevado peso dos pagamentos directos altamente regressivos, com a proporção também elevada de despesas provenientes de impostos indirectos ligados ao consumo, e por fim com a possibilidade de deduções fiscais que não chegam a grande parte das famílias com rendimentos baixos (Furtado e Pereira 2010).

As causas principais para a regressividade associada aos pagamentos directos estão relacionadas com a maior carga de doença que afecta as famílias mais pobres o que força a uma maior utilização de cuidados de saúde, e, com a ineficiência das políticas utilizadas para proteger os mais pobres das suas despesas em saúde (Furtado e Pereira 2010).

Na literatura, os estudos que abordam a temática rendimento/ despesas em saúde (cuidados de saúde) fazem-no em duas escalas distintas. Temos, digamos os macroeconómicos que estudam o rendimento per capita de diversos países e os comparam com os gastos em saúde dos mesmos, (Hopkins 2010) e os microeconómicos que relacionam a nível individual ou familiar o rendimento, com a despesa correspondente em cuidados de saúde (Pereira 2002; Giraldes 2005).

A nível micro os resultados apresentados na bibliografia parecem demonstrar conclusões mais consensuais que os estudos macro. A elasticidade do rendimento na despesa em cuidados de saúde a nível individual parece ser inferior a 1 e praticamente 0 em quase todos os estudos consultados. Um valor de elasticidade de aproximadamente zero, indica que a despesa em cuidados de saúde é independente do rendimento.

Quadro 1 – A elasticidade do rendimento nos estudos de despesa com cuidados saúde

	Elasticidade
<b><i>Geral (com seguro / mixed)</i></b>	
Newhouse & Phelps (1976)	0,1
AMA (1978)	≈0
Sunshine & Dicker (1987) (NMCUES)	≈0
Manning et al (1987) (Rand)	≈0
Wedig (1988) (NMCUES)	≈0
Wagstaff et al (1991)	≤0
Hahn & Lefkowitz (1992) (NMES)	≤0
AHCPR (1997) (NMES)	≤0
<b><i>Especial / sem seguro</i></b>	
Falk et al (1933)	0,7
Weeks 1961 (1955 data)	0,3
Anderson et al (1960) (1953 data)	0,4
Anderson et al (1960) (1958 data)	0,2
USPHS (1960) (physician visits)	0,1
USPHS (1960) (dental visits)	0,8
AMA (1978) (dental expenses)	1,0-1,7
Anderson & Benham (1970) (physician expenses)	0,4
Anderson & Benham (1970) (dental expenses)	1,2
Silver (1970) (physician expenses)	0,85
Silver (1970) (dental expenses)	2,4-3,2
Newman & Anderson 1972 (dental expenses)	0,8
Feldstein (1973) (dental expenses)	1,2
Scanlon (1980) (Nursing Home expenses)	2,2
Sunshine & Dicker (1987) (dental expenses)	0,7-1,5

Hahn & Lefkowitz (dental expenses)	1
AHCPR (1997) (dental expenses)	1,1
Parker & Wong (1997) (Mexico, total expenses)	0,9-1,6

Fonte: Getzen 2000 (adaptado)

Segundo Getzen (2000) as despesas individuais em cuidados de saúde dependem na sua larga maioria de diferenças no estado de saúde (50 a 90%) e não no rendimento individual. Deste modo a elasticidade do rendimento é muito baixa tal como apresentado na maioria dos estudos (ver quadro acima).

Relativamente aos estudos de âmbito nacional, podemos desde logo referir três estudos que consideramos de pioneiros no relacionamento entre despesa e rendimento, o estudo de João Pereira (2002) sobre a prestação de cuidados de acordo com as necessidades da população, o estudo efectuado por Giraldes (2005) sobre despesa privada das famílias e ainda, o estudo sobre a sustentabilidade financeira do SNS de Simões, Barros e Pereira (2008).

No estudo de João Pereira (2002) são estudadas a distribuição da morbilidade, pelas necessidades de consumo e da despesa em saúde, através da utilização de cuidados, por grupos de renda, tendo concluído que a distribuição da doença é, de uma maneira geral, desfavorável para os grupos de menores rendimentos, mas que, em compensação os grupos mais pobres obtêm um maior nível de benefícios.

Giraldes (2005) ao efectuar uma análise das despesas privadas em saúde das famílias, numa vertente de desigualdades regionais e socioeconómicas conclui que, no período em análise (1994/95 e 2000), as despesas médias das famílias em saúde aumentaram em consequência do agravamento das despesas out-of-pocket não reembolsáveis. Refere também que existem desigualdades regionais e ao nível de várias categorias socioeconómicas.

Em estudo referente à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, Simões Barros e Pereira (2008) referem que as despesas directas em Portugal estão a aumentar efectuando uma análise da evolução e estrutura das despesas directas dos cidadãos. Com base nos inquéritos aos orçamentos familiares do INE, concluem pelo peso notório das despesas de saúde no bolso dos cidadãos com grandes aumentos entre 1980 e 2000 e confirmam a existência de regressividade, para todos os grupos de rendimento, embora menores nas famílias de menores rendimentos.

Tal como referido no último estudo a análise da despesa em cuidados de saúde e mais especificamente os pagamentos directos levantam várias questões, nomeadamente as vantagens e desvantagens de um sistema público universal, qual o seu impacto no acesso aos cuidados de saúde, o contributo sobre a necessária contenção de gastos e eficiência e ainda as consequências das despesas para os grupos de rendimento. Desta forma, mais uma vez, justificamos a razão de ser deste estudo, procurando dar uma modesta contribuição para a análise destas despesas em Portugal.



## 2.5. Outras variáveis explicativas da utilização/despesa com cuidados de saúde

Atendendo ainda aos objectivos deste trabalho, efectuou-se uma pesquisa bibliográfica sobre as variáveis explicativas da despesa com cuidados de saúde. Esta informação foi essencial para constituir o “rationale” na selecção das variáveis independentes. Destacaram-se deste modo, pela importância, para além do rendimento anteriormente referido, o nível de educação, a ocupação, a idade, o sexo e estado de saúde.

Masseria e Giannoni (2010), seleccionaram sete variáveis no seu estudo sobre a equidade no acesso a cuidados de saúde em Itália, a idade, o rendimento, o sexo, a educação, a posição no emprego, o sector de emprego, uma segunda fonte de renda e a área da residência, tendo encontrado iniquidades pró ricos em consultas de clínica geral, especialistas e cuidados de urgência e pró pobre em cuidados de clínica geral.

Van Doorslaer et al (2006), estudando as iniquidades no acesso pelo rendimento nos países desenvolvidos, associou a utilização a diferentes tipos de necessidade, em função da idade, sexo e níveis de saúde informados pelos utilizadores.

Inclusivamente Vikum et al, em 2012, ao estudar as iniquidades na utilização de cuidados na Noruega encontrou resultados que mostram uma grande iniquidade na utilização de serviços hospitalares e médicos especialistas privados, entre jovens e idosos e mulheres. Neste estudo não foram encontradas iniquidades pró ricos ou para os detentores de maior educação na utilização dos cuidados de clínica geral.

Relativamente ao sexo é consensual que as mulheres utilizam mais os serviços que os homens. Exemplo elucidativo é-nos dado por Owens (2008), que refere precisamente esta diferenciação e inclusivamente encontra uma maior utilização para as mulheres nos EUA no escalão etário dos 45 aos 64 anos.

No que se reporta ao estado de saúde é de referir que já em 2000 Whithead mencionava que na Bélgica os inquéritos mostravam uma despesa significativa dos seus rendimentos (23%) por parte dos doentes com doenças crónicas.

O estudo de Pereira, já em 2002, ao nível da medição de necessidades para aferir da prestação de cuidados em função dos rendimentos, utilizou seis indicadores de morbilidade,

nomeadamente, as pessoas com doenças e mal-estar, as pessoas com doenças crónicas, as pessoas com absentismo ao trabalho, as pessoas acamadas, os dias de absentismo ao trabalho e os dias de acamamento.

Em 2008 Simões et al também se referiram à importância do estado de saúde tendo sido medido através vários indicadores de morbilidade para as consultas de clínica geral, para as consultas de cardiologia e medicina dentária, nomeadamente, o estado de saúde geral, a bronquite a diabetes, a hipertensão, alergias, dores incapacidade, actividade física, tabagismo, risco de obesidade, cuidados dentários.

A educação é objecto também de inúmeros estudos sobre as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. Outros, inclusivamente não o estudando reconhecem a importância deste factor (Simões, Barros e Pereira, 2008). No entanto destacamos o estudo de Or, Jusot e Yilmaz (2008) que ao estudar o impacto no sistema de saúde das iniquidades socioeconómicas na utilização de cuidados médicos na EU mostrou que em Portugal existe uma influência importante da educação, demonstrando a existência de iniquidades favorecendo os indivíduos de educação mais elevada.

Aliás, já em 2001 Giraldes ao medir as desigualdades nos países da União Europeia atendeu aos factores educação, actividades culturais, estilos de vida, nutrição, desemprego, utilização e despesas em saúde, tendo demonstrado a existência de grandes diferenças de utilização mais favoráveis para os de educação superior e para o consumo de medicamentos.

No que se refere ao emprego Doorslaer e Masseria em 2004 mencionavam que para diferentes utilizações eram de considerar o estado de saúde, o rendimento por adulto, o emprego e as pensões.

O rendimento é consistentemente apontado como um dos principais factores determinantes da despesa em cuidados de saúde (Baltagni e Moscone 2010, Hopkins 2010, Sutton 2012).

Masseria e Giannoni em 2010 e Sutton et al em 2012 também, nos seus estudos sobre iniquidades, deram importância ao factor ocupação/emprego, associando-os a factores que influenciam as necessidades em Saúde.

Bago D’uva et al, em 2010, ao estudar as iniquidades em saúde associando educação com o estado de saúde, e utilizando dados europeus sobre a população idosa, demonstrou a existência de iniquidades favorecendo os indivíduos com maior nível de educação.

O nível de educação influencia de forma inversa a despesa em cuidados de saúde. Segundo vários autores (Cutler e Lleras-Muney 2006; Bago D’uva, Jones e Doorslaer 2010; Yoo et al 2011) um nível de educação influencia o gasto em cuidados de saúde de tal forma que uma maior educação parece, a nível económico, permitir poupanças devido a uma maior consciência e “gestão” do estado de saúde.

A educação é uma vantagem evidente pois permite não só retirar um maior rendimento dos cuidados de saúde recebidos, mas também por facilitar a tomada de decisões e de escolhas mais eficientes que advêm de uma maior informação sobre a saúde e seus “inputs” (Cutler e Lleras-Muney 2006).

Pela sua relação óbvia com o factor anterior o tipo de emprego também foi incluído como variável explicativa.

A contratação de seguros de saúde é outro factor a atentar. A disponibilidade acrescida de cuidados de saúde dentro do plano de seguro poderá facilitar o acesso, e/ou aumentar a susceptibilidade individual para o risco moral na utilização de cuidados.

Por fim o estado de saúde auto-reportado e as doenças crónicas, estão muito relacionadas com a necessidade de cuidados de saúde (Pereira 2002, Pereira e Pedro 2004, Veiga 2005, Simões, Paquete e Araújo, 2008). A uma maior necessidade seguir-se-á a utilização efectiva desses cuidados com uma provável consequente maior despesa. Não são no entanto de menosprezar as opções políticas, e, em especial nestes dois últimos factores, é comum e socialmente aceite que deve existir desigualdade no acesso por parte dos utentes mais necessitados. A existência de participações totais ou alargadas nos cuidados de saúde para algumas patologias crónicas no nosso país comprovam esse facto.

### **3. Metodologia**

Tendo sempre no horizonte o objectivo principal deste trabalho, averiguar sobre a existência de iniquidades socioeconómicas na despesa com os cuidados de saúde e, mais especificamente, tentando efectuar um estudo sobre as iniquidades na repartição da despesa em saúde por rendimento ao nível dos diferentes grupos socioeconómicos em Portugal, iremos de seguida apresentar os dados e variáveis seleccionados para o efeito.

Neste estudo foi utilizada como fonte de informação o Quarto Inquérito Nacional de Saúde (4º INS). Realizado em 2005/2006, por iniciativa do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) através de uma parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE), contou com a colaboração da Direcção-Geral da Saúde.

A metodologia deste inquérito baseou-se na recolha de dados por entrevista directa, no domicílio, a uma amostra probabilística, representativa da população residente em unidades de alojamento em Portugal.

É o primeiro inquérito de saúde por entrevista que abrange as populações residentes na Região Autónoma dos Açores e na Região Autónoma da Madeira, pelo que constitui o primeiro retrato da saúde em Portugal que reflecte a expressão de todos os residentes no País.

Para este trabalho iremos focar-nos na informação geral do indivíduo, nomeadamente os demográficos, idade, sexo, educação, rendimento, ocupação e tipo de emprego. Na secção sobre o estado de saúde e o seu acesso e utilização pelos indivíduos, iremos estudar as doenças crónicas, o acesso a consultas médicas, e o consumo de medicamentos.

O INS 2005/06 revela que a grande maioria da população portuguesa não possui seguro de saúde, sendo que depende do SNS para suprir as suas necessidades de cuidados de saúde (80% da população), (INSA 2006).

Para o nosso trabalho utilizamos a despesa total em cuidados de saúde. As razões para esta escolha já foram referidas também anteriormente e são, metodologicamente, a disponibilidade de dados fornecida pelo INS e, teoricamente, a possibilidade de distinguir cuidados com diferentes valores, ao contrário da utilização. Este facto vai ser de grande

utilidade na sua correlação com o SES e consequentemente para a equidade, pois é do conhecimento geral que pessoas mais abastadas utilizarão cuidados de saúde com maior valor (consultas de especialidade, tratamentos não essenciais, etc), o que poderia enviesar um estudo de utilização. Grande parte da iniquidade poderá estar aqui, são estes cuidados que, não sendo financiados pelo SNS, são mais dependentes da capacidade de pagar. A muito menor quantidade de artigos a abordar a despesa em relação à utilização também contribuiu para o interesse nesta temática.

Para analisar o Estatuto Socioeconómico (SES) da população as variáveis abordadas foram a educação, o rendimento e a ocupação.

O fulcro da equidade horizontal corresponde a cuidados de saúde iguais para necessidades iguais. Sob esta égide, só faz sentido comparar o acesso a cuidados de saúde tendo em conta o SES mantendo a necessidade ajustada. Para este fim utilizamos as variáveis usualmente relacionadas directamente com a necessidade, nomeadamente a idade, o sexo e o estado de saúde/doenças crónicas.

Tendo como base da análise a utilização da despesa total em cuidados de saúde, a partir da amostragem inicial foram seleccionados todos os indivíduos maiores de idade (idade maior ou igual a 18 anos) e ainda foram seleccionados todos os indivíduos com despesa em saúde ( $>0$ ) reportada ( $N=11101$ , correspondendo a 32,98% do total inicial).

O motivo para a filtragem em relação a despesas com cuidados de saúde não nulas prende-se com o objectivo deste trabalho. Pretendemos medir a existência ou não de equidade nas despesas, para atingir este fim é preciso haver valor nas respostas, o não consumo inclui a problemática da necessidade a qual não é objectivo deste trabalho. A escolha de não consumir cuidados (despesa=0) apesar de poder estar relacionada com o SES não se coadunava também com o modelo escolhido, a regressão linear multivariada. Faria mais sentido numa análise binomial com comparação entre o consumo e o não consumo de cuidados de saúde tendo em conta o SES, por exemplo.

A razão para a retirada dos mais jovens tem a ver com as variáveis que iremos estudar, nomeadamente a despesa em cuidados de saúde. Não faz sentido utilizar respostas de menores que têm pouca ou nenhuma noção e independência financeira. Utilizaremos essa base de dados “filtrada” para todas as análises.

A análise estatística em si baseou-se numa breve descrição estatística das variáveis seguida de regressão multivariada utilizando o logaritmo da despesa, porque a despesa não segue uma distribuição normal e pelo interesse em medir o impacto das variáveis em percentagens. Na regressão multivariada utilizaremos dois modelos sendo que num deles serão relacionados factores de estilo de vida.

### 3.1. Variáveis dependentes

No presente trabalho foram utilizadas como variáveis dependentes as várias parcelas da despesa com cuidados de saúde. Estas diferentes parcelas foram então somadas de forma a constituir a despesa total em cuidados de saúde relatadas pelos inquiridos.

As questões da entrevista do INS cujas respostas corresponderam às parcelas do somatório foram as seguintes:

Nas últimas duas semanas quanto gastou:

1- Com consultas de urgência ou com outras consultas?

2 – Quanto gastou em análises e outros exames complementares de diagnóstico, tais como: radiografias, ecografias, mamografias ou electrocardiogramas, por exemplo?

3- Diga-me, quanto gastou com medicamentos.

4 - E com outros tratamentos por exemplo cirurgias, tratamentos fisioterapia, tratamentos dentários, etc.

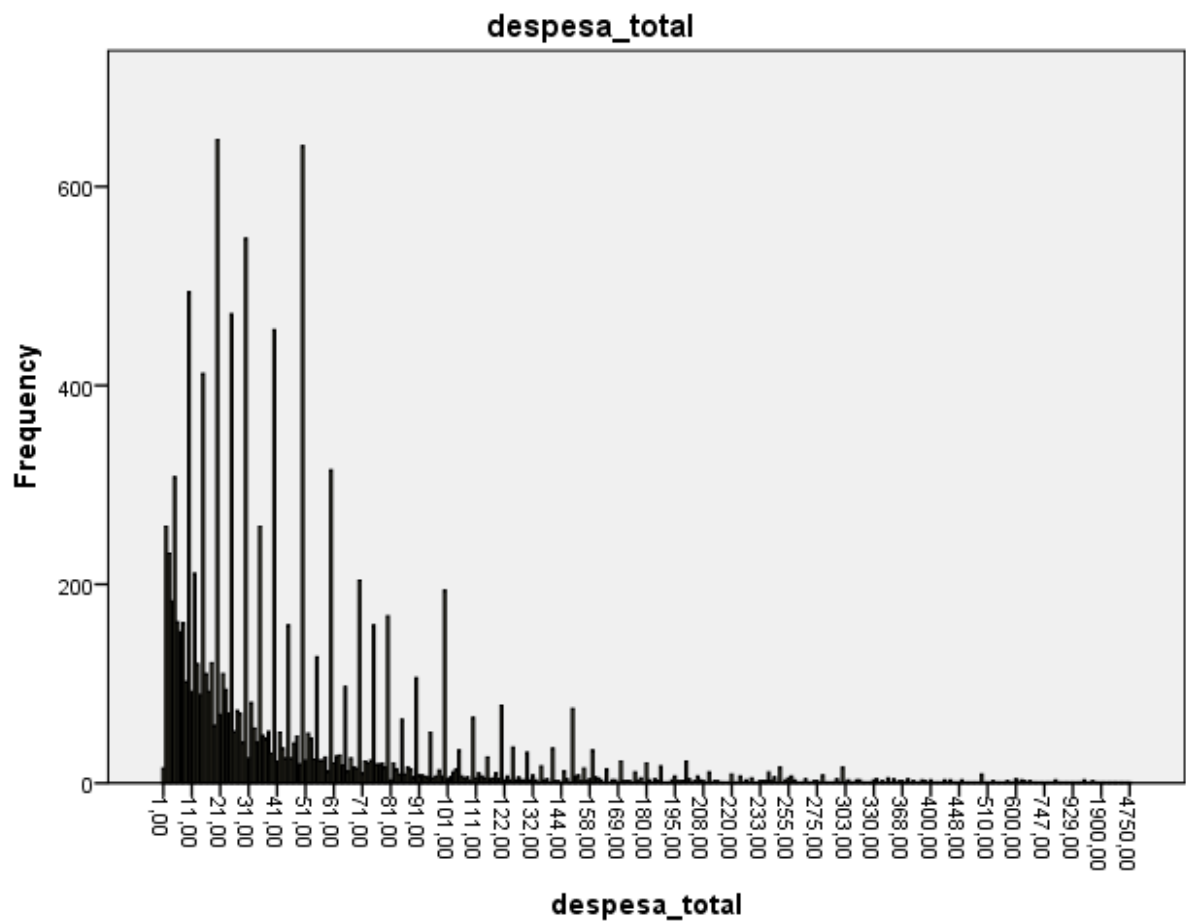
5 – E quanto gastou com outros tratamentos, exames especiais ou outras despesas que eu não tenha perguntado? (Inclua despesas de transporte)

Quadro 2: Análise Descritiva da variável dependente, Despesa com cuidados de saúde (N=11.101)

	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Despesa total com cuidados de saúde</b>	<b>54,41</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>117,82</b>

A variável despesa com cuidados de saúde apresenta uma média de 54,41 euros de consumo por indivíduo, a mediana é de 30 euros e a moda de 20 euros. O desvio padrão desta variável na amostra é de 117,82 euros.

Gráfico 1: Análise empírica das variáveis dependentes.



Ao observar o gráfico 1 facilmente identificamos uma distribuição distante da normalidade com uma predominância de frequências na parte esquerda da escala. Deste modo a larga maioria da despesa com cuidados de saúde reportada situa-se entre o 1 e os 101 euros.



### 3.2. Variáveis independentes

Segundo Furtado e Pereira (2010), a utilização de cuidados de saúde está dependente de dois tipos de factores, os capacitantes e os de predisposição. Nos factores de predisposição temos o nível educacional, a ocupação, a etnia e as redes de socialização incluindo as familiares. Nos factores de capacitação temos o rendimento a capacidade de pagar e o local de residência.

Podemos assim verificar, que os determinantes da despesa em cuidados de saúde são também variados e complexos. Contudo, alguns autores dividem-nos simplificadaamente em dois grupos: os relacionados com a idade, ou demográficos e os não demográficos (Hsiao and Heller, 2007; OECD, 2011; Colombier e Weber, 2009).

Atendendo aos objectivos deste trabalho, como variáveis explicativas do estatuto socioeconómico foram seleccionadas: o rendimento, o nível de educação e a ocupação. Para ajustar em relação à necessidade utilizaremos: a idade, o sexo e o estado de saúde.

Na literatura já abordada encontramos a justificação desta escolha (ver capítulo 2.5).

A idade está relacionada de tal forma com o consumo de cuidados de saúde que é comumente utilizada como proxy para medição das necessidades e da utilização de cuidados de saúde. O sexo como variação anatomo-fisiológica da espécie humana é também um indicador que não deve ser ignorado.

O envelhecimento da população leva a uma maior necessidade de cuidados de saúde a qual será a razão para o incremento incessante dos gastos com saúde (Zweiffel, Felder e Werblow 2004).

Vários autores demonstraram com a inclusão nos seus estudos que a idade, o sexo, o estado de saúde e a ocupação são factores que devem ser levados em conta quando se estudam as iniquidades em função das necessidades de saúde (Pereira 2002; Doorsaer e Masseria 2004; Pereira e Lopes 2005; Doorslaer, Masseria e Koolman 2006; Lourenço et al 2007; Simões, Paquete e Araújo, 2008; Bago D'Uva, et al 2008 e 2010; Masseria e Giannoni 2010; Poel, Doorslaer e O'Donnell 2011 e Sutton 2012).

Assim, no estudo e análise das variáveis descritas, estas foram distribuídas por categorias, conforme se vislumbra no Quadro 3. De sublinhar o rationale para a categorização das categorias rendimento e idade. No rendimento, foi utilizada a distribuição por quintis, ou seja dividiu-se a amostra em 5 partes de iguais em relação à variável em estudo, neste caso o rendimento, e os valores encontrados nesses percentis foram os usados para definir as categorias. No caso da idade, a divisão foi mais pragmática dividindo as idades por grupos usualmente consensuais, como jovens adultos, meia idade, etc.

Atendendo a que vários autores (Getzen 2000; Dreger e Reimers 2005; Hsiao e Heller 2007) afirmam que não é a condição socioeconómica em si que condiciona um estado de saúde mais débil mas sim os hábitos de vida menos saudáveis por parte dos mais pobres, resolvemos testar esta hipótese, adicionando na parte final da nossa análise, variáveis de hábitos de saúde.

Quadro 3 - Descrição das variáveis independentes.

<i>Variável</i>	<i>Descrição</i>	<i>Categorias</i>
<b>Rendimento</b>	Rendimento líquido total da família do utente, no mês anterior a responder ao questionário, em euros (inclui ordenado, salário, honorários, rendas e pensões, abonos e subsídios de todas as pessoas da família), traduzido em rendimento equivalente através da escala modificada da OCDE.	1 – Até 283,67 euros (exclusive) 2 – De 283,67 até 420,20 3 – De 420,20 até 700,20 4 – Superior ou igual a 700,20
<b>Nível de educação</b>	Nível de ensino mais elevado que o utente frequenta ou frequentou.	1 – Sem Escolaridade 2 – Ensino Pré-Primário 3 – Ensino Primário 4 – Ensino Secundário 5 – Ensino Terciário
<b>Emprego</b>	Ocupação principal nas últimas 2 semanas (situação em relação ao emprego)	1 – Outros 2 – Dona de casa 3 – Desempregado 4 – Reformado 5 – Exerce Profissão
<b>Seguro de saúde</b>	Se o utente tem o não um seguro de saúde	0 – Sem seguro 1 – Com seguro
<b>Idade</b>	Idade do utente em categorias etárias	1 – 18 a 34 anos 2 – 35 a 44 anos 3 – 45 a 64 anos 4 – 65 a 74 anos 5 – >=75 anos
<b>Sexo</b>	Masculino ou Feminino	1 – Masculino 2 – Feminino
<b>Estado de saúde</b>	Caracterização geral do estado de saúde do utente	1 – Muito Bom 2 – Bom 3 – Razoável 4 – Mau 5 – Muito Mau
<b>Doenças</b>	Existência de doença crónica reportada pelo utente	0 – Sem Doença 1 – Com Doença

#### **4. Resultados**

Numa primeira fase iremos descrever as variáveis a estudo, em seguida apresentar um estudo simples de comparação de médias para terminar com a análise estatística em si, através de regressão linear.

Tendo sempre presente a informação recolhida através da pesquisa bibliográfica, tentaremos correlacionar de forma pertinente, as diferentes variáveis explicativas de forma a chegar a resultados estatisticamente válidos que permitam aferir sobre a equidade ao nível da despesa total com cuidados de saúde.

#### 4.1. Análise Descritiva

Pela análise do Quadro 4 (em baixo) verificamos, ao nível do rendimento, que a maior despesa em cuidados de saúde média é da responsabilidade do grupo com rendimento mais elevado. De referir ainda que a categoria correspondente a indivíduos com menor capacidade financeira (<283,67 euros) apresenta uma despesa média superior à categoria imediatamente a seguir (283,67 a 420,2).

Quadro 4 - Comparação de médias entre a Despesa total em cuidados de saúde (variável dependente) e as variáveis independentes rendimento, educação e emprego.

	N	Frequência relativa(%)	Despesa média (Desvio Padrão)
<b><u>Rendimento</u></b>			
< 283,67	2809	25,3	47,1709 (99,43889)
283,67 a 420,20	2507	22,6	46,7475 (61,47513)
420,20 a 700,20	2885	26,0	52,3328 (92,53240)
>= 700,20	2735	24,6	70,4128 (177,53740)
<b><u>Educação</u></b>			
Sem Escolaridade	2249	20,3	48,6163 (98,00331)
Pré-Primário	4559	41,1	52,7818 (105,78622)
Primária	2202	19,8	52,9351 (95,19427)
Secundária	1045	9,4	59,7120 (172,29227)
Terciária	1046	9,4	71,7553 (169,77817)

### Emprego

<b>Outros</b>	769	6,9	62,8713 (199,268439)
<b>Dona de Casa</b>	1428	12,9	51,7885 (87,51383)
<b>Desempregado</b>	398	3,6	45,6633 (66,61735)
<b>Reformado</b>	3838	34,6	55,3064 (103,35867)
<b>Exerce Profissão</b>	4668	42,1	53,8231 (122,30877)

Desde logo, em termos relativos, estes dados apontam para uma regressividade das despesas em relação ao rendimento, uma vez que para os mais pobres o esforço percentual de afectação da despesa representa 16,6% do seu rendimento, no escalão seguinte com um rendimento médio de 351,93€ a percentagem da despesa é de 13,28%, no terceiro escalão esta percentagem também para um rendimento médio de 560,2 € é de 9,3% e no ultimo escalão para rendimentos imediatamente superiores a 800€ a despesa vai descendo a partir dos 8,8%.

A maior despesa média em cuidados de saúde em relação à educação verifica-se no nível de educação mais elevado (Terciário) com 71,75 euros. A despesa média parece apresentar uma evolução linear sendo que a um crescente nível de educação se impõe uma maior despesa média.

Nas categorias nominais de tipo de emprego/ocupação, a despesa média em cuidados de saúde mais elevada foi da responsabilidade da parcela “Outro” seguida dos “Reformados”. Os indivíduos que reportaram não ter emprego aquando da entrevista foram os que indicaram menor despesa média com apenas 45,66 euros gastos nas 2 semanas anteriores.

Quadro 5 - Comparação de médias entre a Despesa total em cuidados de saúde (variável dependente) e as variáveis independentes idade, sexo.

	N	Frequência Relativa	Despesa média (Desvio Padrão)
<b><u>Idade</u></b>			
<b>18 a 34</b>	1576	14,2	50,4239 (153,29910)
<b>35 a 44</b>	1424	12,8	48,6664 (112,32598)
<b>45 a 64</b>	4039	36,4	59,5992 (125,52017)
<b>65 a 74</b>	2362	21,3	54,2303 (98,41983)
<b>&gt;=75</b>	1700	15,3	50,8271 (85,54382)
<b><u>Sexo</u></b>			
<b>Masculino</b>	4308	38,8	53,2985 (109,64)
<b>Feminino</b>	6793	61,2	55,1123 (122,73)

Quando observamos a idade e a despesa total em cuidados, os indivíduos entre os 45 e 64 anos reportam a maior despesa média com cerca de 59,6 euros gastos. As idades mais avançadas (superiores a 65 anos) apesar de apresentarem sempre valores da despesa média superiores aos mais novos (menores de 45 anos) declararam gastar menos que o grupo referido anteriormente. De salientar ainda o grupo de maiores de 75 anos que apresentam despesas médias quase ao nível do patamar de idades mais baixas (18 a 34 anos).

No sexo, o feminino apresenta-se com maior despesa média em cuidados de saúde com 55.11 euros seguidas de muito perto pelo sexo masculino com 53,3 euros.

Quadro 6 - Comparação de médias entre a Despesa total em cuidados de saúde (variável dependente) e as variáveis independentes idade, sexo.

	N	Frequência Relativa	Despesa média (Desvio Padrão)
<b><u>Estado de Saúde</u></b>			
Muito Bom	297	2,7	58,0640 (171,41241)
Bom	1764	15,9	51,9167 (141,60831)
Razoável	3956	35,6	51,3413 (102,80477)
Mau	2076	18,7	56,2105 (93,06401)
Muito Mau	662	6,0	60,6118 (73,81118)
<b><u>Doenças Crónicas</u></b>			
Com doença (diabetes, asma, etc)	8396	75,6	55,2192 (103,34223)
Sem doença	2705	24,4	51,8921 (154,34394)
Total	11101	100,0	
<b><u>Seguro de Saúde</u></b>			
Sim	860	7,8	77,4512 (196,10762)
Não	10230	92,2	52,4929 (108,55843)
Total	11090	100,0	

A despesa média em cuidados de saúde em relação ao estado de saúde reportado revela que os indivíduos que se consideram a sua saúde “Muito Má” são os que apresentam a despesa mais elevada. Os indivíduos com estado de saúde considerado “Mau”, por seu lado têm uma despesa inferior aos que consideram o seu estado de saúde “Muito Bom” (56,2 para 58,1 euros).



Existe no caso das doenças crónicas reportadas pelos entrevistados, uma maior despesa média naqueles que indicaram padecer de doenças com 55,2 euros para 51,9 euros daqueles que não padeciam.

A existência de seguro de saúde também influencia de forma marcada a despesa média com cuidados de saúde, sendo que os segurados gastaram em média 77 euros enquanto que os não segurados gastaram 52.

#### 4.2. Regressão multivariada

A análise nestes moldes é insuficiente visto que qualquer análise que aborde as diferentes variáveis de forma independente limita a confirmação efectiva da existência de relações entre as mesmas. A complexidade e a interdependência das variáveis impõem uma análise mais rigorosa através de métodos estatísticos mais complexos, que possibilitem maior controlo das variáveis de confundimento. Para medir o impacto das variáveis socioeconómicas sobre a despesa é imperativo o ajustamento pela necessidade, idade e sexo.

Em primeiro lugar, sendo condição para a utilização de inúmeras ferramentas estatísticas, verificou-se se a distribuição da amostra seria normal.

Analizando a base de dados filtrada pela despesa com cuidados de saúde ( $\text{despesa} > 0$ ) verificamos que para os níveis de significância usuais não rejeitamos a Hipótese nula e sendo assim a amostra não apresenta uma distribuição normal.

Efectuando uma regressão linear simples com o logaritmo da despesa como variável dependente os resultados obtidos foram os seguintes (Quadro 7).

Quadro 7 – Regressão linear com variável dependente log da despesa total com cuidados de saúde e variáveis independentes: Demográficas: o sexo e a idade; Clínicas: o estado de saúde auto-reportado e doenças crónicas; Socioeconómicas: a educação, o rendimento, o emprego e o seguro de saúde.

Parâmetros	Coef.	Desvio Padrão	Intervalo Confiança 95%		
			Lower	Upper	Sig.
Sexo=Masculino	-,016	,0115	-,039	,007	,164
Sexo=Feminino	<b>Referência</b>				
Idade= 18-34	-,090	,0283	-,145	-,034	,002
Idade= 35-44	-,043	,0250	-,092	,006	,082
Idade= 45-64	,020	,0177	-,015	,055	,257
Idade= 65-74	,021	,0149	-,008	,051	,149
Idade>= 75	<b>Referência</b>				
Estado Saúde = Muito Bom	-,184	,0389	-,260	-,108	,000
Estado Saúde = Bom	-,207	,0236	-,253	-,161	,000
Estado Saúde = Razoável	-,133	,0193	-,171	-,095	,000
Estado Saúde = Mau	-,039	,0195	-,077	-,001	,046
Estado Saúde = Muito Mau	<b>Referência</b>				
Sem Doenças crónicas	-,069	,0157	-,099	-,038	,000
Com Doenças crónicas	<b>Referência</b>				
Educação= Sem	-,122	,0280	-,177	-,067	,000
Educação= Pré-Primária	-,107	,0255	-,157	-,057	,000
Educação= Primária	-,082	,0248	-,130	-,033	,001
Educação= Secundária	-,063	,0284	-,119	-,007	,027
Educação= Terciária	<b>Referência</b>				
Rendimento < 283,67	-,099	,0169	-,132	-,066	,000
Rendimento= 283,67 a 420,2	-,081	,0169	-,114	-,048	,000
Rendimento = 420,2 a 700,2	-,048	,0164	-,080	-,016	,003
Rendimento>= 700,20	<b>Referência</b>				
Emprego=Outros	,058	,0257	,008	,109	,023
Emprego=Dona de casa	,050	,0172	,016	,083	,004
Emprego=Desempregado	-,009	,0295	-,067	,049	,756
Emprego=Reformado	,046	,0162	,015	,078	,004
Emprego=Exerce Profissão	<b>Referência</b>				
Seguro de Saúde=Sim	,090	,0232	,045	,136	,000
Seguro de Saúde=Não	<b>Referência</b>				

Na análise do Quadro 7 chegamos a várias conclusões. Em primeiro lugar através da inclusão no modelo de todos os parâmetros que comprovadamente influenciam a utilização e a despesa de cuidados de saúde vamos atingir o ajustamento pela necessidade, indispensável a uma leitura de resultados acertada.

Na variável independente “Sexo” não existe evidência estatística significativa na diferença de despesa entre o sexo Feminino (o padrão) e o Masculino. O resultado do teste de hipótese superior aos níveis de significância usuais leva à não rejeição da hipótese nula, e desse modo não há uma diferença significativa entre o sexo masculino e feminino em relação à despesa total com cuidados de saúde.

Na idade, o padrão utilizado foi o grupo dos indivíduos com idade superior a 75 anos e apenas encontramos diferenças significativas entre o mesmo e o grupo dos 18 aos 34 anos (Sig=0.002). Neste caso e atentando ao coeficiente de regressão (B) verificamos que o seu valor é negativo, e, sendo assim a relação entre a despesa do grupo dos maiores de 75 anos e o grupo dos 18 aos 34 é negativo, ou seja para cada ano de diferença entre os grupos, a despesa com cuidados de saúde total decresce 9%. Desta forma podemos afirmar que o grupo dos indivíduos com idade superior a 75 anos apresenta uma despesa em cuidados de saúde significativamente diferente e maior que o grupo dos 18 aos 34, enquanto que para os restantes grupos da idade a diferença não é significativa.

No caso do estado de saúde auto-reportado, usando como referência o estado de saúde “Muito Mau”, verificamos que existem diferenças significativas nas despesas com cuidados de saúde entre este grupo e todos os outros estados de saúde considerados (Sig entre 0,000 e 0,046). A despesa em relação ao estado de saúde apresenta-se, como um crescimento paralelo ao empobrecimento do estado de saúde reportado, com os seguintes valores de coeficiente de correlação: -3,9% para o Estado Mau; -13,3% para o Razoável; -20,7% para o Bom e -18,4% para o Muito Bom. Existe no entanto uma ressalva, pois os indivíduos com estado de saúde considerado “Muito Bom” apresentam, uma despesa superior ao grupo do “Bom”, sendo que, os indivíduos com estado auto reportado de Bom gastam em média mais 2,3 pontos percentuais com cuidados de saúde que os que consideram o seu estado de Muito Bom.

Ainda em relação ao estado de saúde, mas tomando a existência ou não de uma ou mais doenças crónicas existem diferenças significativas na despesa total com cuidados de saúde. Os

indivíduos sem doenças crónicas gastam menos 6,9% em cuidados de saúde que aqueles que padecem de pelo menos uma doença crónica.

A existência de um seguro de saúde também foi incluída na nossa análise. Fica claro que existe diferença significativa nos gastos com cuidados entre segurados e não segurados, sendo que são os segurados os mais gastadores apresentando um coeficiente positivo (0,09) em relação aos não segurados, ou seja gastam mais 9%.

Na variável educação concluímos que o grupo com ensino terciário apresenta diferenças significativas na despesa com cuidados de saúde em relação a todos os outros níveis de educação. Essa diferença é negativa, ou seja, todos os outros níveis de educação, apresentam menor despesa total, sendo que é visível um gradiente na relação entre os diferentes grupos. A ausência de escolaridade apresenta a maior diferença negativa seguido da escolaridade pré-primária, primária e secundária. Assim é seguro afirmar que a despesa total com cuidados de saúde aumenta com o nível de educação sendo, em relação à escolaridade terciária, crescente com a escolaridade. Temos como mínimo a ausência de escolaridade com menos 12,2%, seguida dos indivíduos apenas com escolaridade pré-primária, menos 10,7%, depois a escolaridade Primária que apresenta menos 8,2% e por fim, o nível secundário com menos 6,3% em relação ao nível terciário, que se apresentará como a categoria com maiores gastos.

Observando a variável emprego e tendo como referência os indivíduos que exercem uma profissão, existem diferenças estatisticamente relevantes entre todos os grupos, excepto nos desempregados. Deste modo a despesa total em cuidados de saúde não varia significativamente entre o grupo dos empregados e dos desempregados. Nas restantes categorias de emprego a relação é positiva, isto é, as donas de casa, os reformados e os “Outros” apresentam maiores despesas em cuidados sendo o grupo dos outros o mais gastador com 0,058 de coeficiente (mais 5,8% despesa) seguido das donas de casa com mais 5% e por fim os reformados com mais 4,8%.

Por fim vamos debruçar-nos sobre o rendimento, sendo esta variável, a mais importante em termos de medição do ESE, será sobre ela que concentraremos mais esforços de interpretação.

Podemos constatar através do Quadro 7 que o rendimento foi analisado tendo como referência o grupo mais abastado ( $\geq 700,20$  euros). Sendo o valor de Sig inferior a 0,05 podemos afirmar que existem diferenças significativas entre o grupo dos mais “abastados” e as

restantes categorias de rendimento. Existe um gradiente óbvio entre os vários grupos de rendimento. Estando todas as categorias com valor negativo no coeficiente de regressão, todos eles têm menor despesa com cuidados de saúde que os mais ricos. Em termos do valor desse coeficiente verificamos que é o grupo com menor rendimento que apresenta uma maior diferença em relação à referência com uma despesa inferior 9,9% à do grupo referência. De seguida temos o grupo com rendimento declarado de 283,67 a 420,2 com uma despesa 8,1% menor, e, por fim, o grupo dos 420,2 a 700,2 com menos 4,8%.

A despesa com cuidados de saúde parece seguir o rendimento na sua tendência, sendo que, um maior rendimento se relaciona com uma maior despesa, tendo em conta as variáveis estudadas no Quadro 7.

Visando ainda perceber sobre eventuais diferenças na despesa entre hábitos de saúde e as desigualdades socioeconómicas obtivemos os resultados descritos no Quadro 8.

Quadro 8 – Regressão linear com variável dependente log da despesa total com cuidados de saúde e variáveis independentes: Demográficas: o sexo e a idade; Clínicas: o estado de saúde auto-reportado e doenças crónicas; Socioeconómicas: a educação, o rendimento, o emprego e o seguro de saúde; Estilos de vida: o IMC, ser Fumador e o número de refeições diárias.

Parâmetros	Coef.	Desvio Padrão	Intervalo Confiança 95%		
			Lower	Upper	Sig.
<b>Sexo=Masculino</b>	-,012	,0119	-,036	,011	,306
<b>Sexo=Feminino</b>			<i>Referência</i>		
<b>Idade= 18-34</b>	-,088	,0289	-,145	-,031	,002
<b>Idade= 35-44</b>	-,040	,0257	-,091	,010	,119
<b>Idade= 45-64</b>	,016	,0183	-,020	,052	,374
<b>Idade= 65-74</b>	,022	,0153	-,007	,052	,142
<b>Idade&gt;= 75</b>			<i>Referência</i>		
<b>Estado Saúde = Muito Bom</b>	-,176	,0397	-,254	-,099	,000
<b>Estado Saúde = Bom</b>	-,204	,0241	-,251	-,157	,000
<b>Estado Saúde = Razoável</b>	-,131	,0198	-,170	-,092	,000
<b>Estado Saúde = Mau</b>	-,040	,0200	-,079	-,001	,045
<b>Estado Saúde = Muito Mau</b>			<i>Referência</i>		
<b>Sem Doenças crónicas</b>	-,068	,0160	-,099	-,036	,000
<b>Com Doenças crónicas</b>			<i>Referência</i>		
<b>Educação= Sem</b>	-,119	,0284	-,175	-,063	,000
<b>Educação= Pré-Primária</b>	-,106	,0258	-,156	-,055	,000
<b>Educação= Primária</b>	-,077	,0249	-,126	-,028	,002
<b>Educação= Secundária</b>	-,052	,0286	-,108	,004	,071
<b>Educação= Terciária</b>			<i>Referência</i>		
<b>Rendimento &lt; 283,67</b>	-,104	,0171	-,138	-,071	,000
<b>Rendimento= 283,67 a 420,2</b>	-,086	,0171	-,120	-,053	,000
<b>Rendimento = 420,2 a 700,2</b>	-,054	,0166	-,086	-,021	,001
<b>Rendimento&gt;= 700,20</b>			<i>Referência</i>		
<b>Emprego=Outros</b>	,059	,0260	,008	,110	,023
<b>Emprego=Dona de casa</b>	,048	,0175	,014	,082	,006
<b>Emprego=Desempregado</b>	-,008	,0299	-,067	,051	,786
<b>Emprego=Reformado</b>	,041	,0165	,009	,074	,012
<b>Emprego=Exerce Profissão</b>			<i>Referência</i>		
<b>Seguro de Saúde=Sim</b>	,092	,0236	,045	,138	,000
<b>Seguro de Saúde=Não</b>			<i>Referência</i>		
<b>Fumador Diário = Não</b>	,034	,0184	-,002	,070	,062
<b>Fumador Diário = Sim</b>			<i>Referência</i>		
<b>Número refeições diárias= 1</b>	-,007	,0504	-,106	,092	,889
<b>Número refeições diárias= 2</b>	-,063	,0206	-,104	-,023	,002
<b>Número refeições diárias= 3</b>			<i>Referência</i>		

IMC= abaixo peso ideal	-,127	,0570	-,238	-,015	,026
IMC= peso ideal	-,095	,0376	-,169	-,021	,012
IMC= sobrepeso	-,092	,0374	-,165	-,019	,014
IMC= Obesidade grau 1	-,065	,0383	-,140	,010	,088
IMC= Obesidade grau 2	-,025	,0437	-,111	,060	,563
IMC= Obesidade grau 3	<i>Referência</i>				

Nestas novas variáveis, em termos dos resultados em si, verificamos primeiramente ao nível dos hábitos tabágicos que surpreendentemente os indivíduos fumadores com frequência diária apresentam despesas estatisticamente diferentes das dos fumadores ocasionais/não fumadores. Neste caso os não fumadores/fumadores ocasionais apresentam mesmo uma despesa em cuidados de saúde 3,4% superior aos fumadores frequentes.

No número de refeições diárias encontramos diferenças significativas entre as despesas de quem faz 2 refeições principais por dia em relação a quem faz 3. Verificamos que quem faz 2 refeições principais por dia apresenta gastos em saúde 6,3% inferiores aos que fazem 3.

Em relação ao IMC encontramos diferenças estatisticamente significativas nas despesas entre os indivíduos com obesidade grau 3 e os três primeiros escalões, a saber, peso abaixo do ideal, peso ideal e sobrepeso. Os primeiros dois graus de obesidade não apresentam diferenças em relação ao grau 3. Os indivíduos com peso abaixo do ideal gastam menos 12,7% em cuidados em relação aos obesos de grau 3, os que se apresentam no seu estado ideal de IMC gastam menos 9,5% e os que têm sobrepeso menos 9,2%.

Em termos gerais, quando adicionamos as variáveis IMC normal (entre 18,5 e 24,9), Fumador diário e Número de refeições diárias, às anteriores neste novo modelo, podemos afirmar que existem alguns dados interessantes a apontar, nomeadamente a muito ténue alteração dos coeficientes de regressão das diferentes categorias analisadas. No entanto, estando os coeficientes semelhantes então as relações que estes definem também o estão, e, portanto podemos afirmar que as variáveis indicadoras de hábitos de saúde mantêm-se em linha com as socioeconómicas na determinação da despesa com cuidados de saúde.



## 5. Discussão

### 5.1. Discussão de Resultados

O rendimento, educação e tipo de emprego parecem estar intimamente ligados entre si e ao nível de despesa. Muito provavelmente, indivíduos com maior nível de escolaridade serão trabalhadores mais especializados e, por isso melhor pagos. A melhor situação financeira, segundo os nossos resultados, é factor predisponente a maiores despesas com cuidados de saúde, mantendo a necessidade constante. Dispondo de maior liquidez, os indivíduos com maiores rendimentos terão mais facilidade em investir na sua saúde, em especial nos cuidados de saúde, sendo que este factor se sobrepõe à necessidade desses cuidados quando falamos de gastos.

No fim, podemos dizer que existem iniquidades na despesa, mas nunca poderemos concluir sobre a necessidade real dos cuidados de saúde “consumidos”. Ou seja, partimos do pressuposto que os mais pobres irão utilizar os cuidados de saúde puramente por necessidade, devido à regressividade do sistema e que os mais ricos deverão estar a apresentar uma despesa superior mas, em cuidados de saúde com mais valor. Não obstante, não devemos esquecer que muitos indivíduos com dificuldades económicas podem estar a optar por não utilizar cuidados de saúde e desse modo não apresentam despesa, não estando abrangidos pelo nosso estudo.

Fica também por explicar, a relatividade da despesa que cada grupo económico apresenta em relação ao seu nível de rendimento. Encontraram-se apenas provas da existência de iniquidades pró ricos na despesa em cuidados de saúde, sendo que os níveis socioeconómicos mais baixos gastam menos em saúde que os mais ricos.

Ao nível dos resultados, verificámos ainda que quem apresentou uma maior despesa com cuidados de saúde foram os indivíduos com idade superior a 34 anos, independentemente do sexo, com uma educação de nível terciário ou superior, com rendimento superior ou igual a 700,20 euros, com estado de saúde auto-reportado Muito Mau, com seguro de saúde e com doenças crónicas. É ainda relevante referir que existe um claro gradiente nas variáveis rendimento e educação, em que a um nível mais alto da variável independente corresponde uma maior despesa com cuidados de saúde. Na idade, existe um gradiente semelhante mas

com uma ressalva que será discutida em seguida, tal como no estado de saúde auto-reportado.

Seguindo a linha de raciocínio habitual, seria porventura de estranhar alguns dos valores obtidos. Desta forma, os indivíduos com idade superior aos 75 anos deveriam apresentar uma despesa superior estatisticamente significativa em relação a todas as outras categorias etárias, no entanto, só obtivemos diferença em relação ao grupo etário mais baixo (18 aos 34 anos).

Noutra particularidade os inquiridos com estado de saúde auto-reportado de “Muito Bom” deveriam gastar menos que aqueles que se consideram com estado “Bom” e os resultados obtidos apontam para o contrário.

No primeiro caso a explicação poderá prender-se com especificidades do consumo ou da patologia. As patologias que os indivíduos mais idosos padecem serão provavelmente crónicas estando abrangidas por mais isenções ou comparticipações. Os pensionistas têm também descontos na despesa com medicamentos, e, normalmente, as doenças mais graves são frequentemente tratadas mais no SNS do que em serviços privados estando por isso sujeitas a menor despesa. Também é importante apontar o reembolso total de medicamentos considerados “vitais”. Todas estas particularidades poderão estar a diluir diferenças na despesa entre as categorias etárias mais altas de tal forma que as diferenças entre elas ficam insignificantes.

No caso do estado de saúde auto-reportado a explicação necessitaria de uma análise mais aprofundada, mas poderá estar relacionada com a variação subjectiva da percepção individual do estado de saúde.

A saúde auto-reportada é um tema vastamente estudado com especificidades próprias. Shields e Shooshtari (2001) apontam o estado de saúde auto-reportado como preditivo da mortalidade, de doenças crónicas e da utilização de serviços de saúde. No mesmo estudo provou-se que estas medições individuais dependem em grande parte do estado físico mas não só. Os comportamentos relacionados com a saúde assim como características psicossociais e socioeconómicas também comprovaram ter influência nos estados de saúde auto-reportados. Alguns destes factores têm inclusivamente contribuições duplamente importantes visto que influenciam tanto as percepções individuais negativas como as positivas. No caso

particular do estatuto socioeconómico, os indivíduos mais privilegiados tendem a responder mais positivamente em relação ao estado de saúde que os mais carenciados.

Bambra et al, citado por Furtado e Pereira (2010), referem relativamente às diferenças com origem no género que de entre 13 países europeus, o risco de reportar um mau estado de saúde pelas mulheres apresenta valores elevados em Portugal. No mesmo estudo, em Portugal, Itália e Suécia o mau estado de saúde foi também reportado com maior frequência no grupo das mulheres com melhor nível de educação.

A maioria dos estudos reporta maior utilização e despesa com cuidados de saúde por parte do sexo feminino, essencialmente devido à “saúde reprodutiva” e à superior esperança média de vida (Owens 2008).

Bertakis et al (2000) refere ainda, como factores explicativos para maior utilização por parte do sexo feminino, mais altas taxas de morbilidade, maior probabilidade em procurar cuidados preventivos, maior percepção do seu estado de saúde e facilidade em reportar sintomas e doenças.

Os nossos resultados não suportam esta conclusão, várias possíveis razões poderão estar relacionadas com este facto. Sendo pouco provável uma prestação deficiente por parte do SNS ao público feminino, os homens poderão estar a atrasar a procura de cuidados de saúde até que a sua condição se agrave ao ponto de requerer tratamentos mais onerosos. Nesta linha de pensamento, o seguimento mais frequente e a cultura mais preventiva que assiste os indivíduos do sexo feminino poderá estar a evitar despesas mais dispendiosas no tratamento de doenças evitáveis que nos homens serão mais prevalentes. Estas ilações são suportadas pelo trabalho de Bertakis et al (2000) em que os homens apresentaram consistentemente maiores taxas de referenciação para consultas de especialidade assim como maiores gastos em hospitalizações. Por outro lado, as mulheres são apontadas como apresentando menor rendimento e nível educacional, o facto destas variáveis estarem incluídas no nosso modelo multivariado também poderá explicar em parte os resultados obtidos.

## 5.2 Discussão Metodológica

Na maior parte dos estudos que analisam a equidade na utilização de cuidados de saúde são utilizados como variáveis explicativas vários factores, nomeadamente o rendimento e as condições socioeconómicas, associando-os à utilização de cuidados para inferir de eventuais iniquidades. Nesses estudos, tal como neste nosso trabalho, surge sempre um elemento de possível erro de interpretação importante, é que os dados reflectem, de uma maneira geral, a quantidade de cuidados e nada nos é dito sobre a qualidade dos mesmos. Ou seja, ao medir a despesa total e ao associá-la aos rendimentos estamos a inferir sobre uma possível maior quantidade de cuidados, nada nos dizendo sobre a qualidade. As diferentes despesas podem ter a ver com este último factor. Como verificámos o grupo de maiores rendimentos apresenta maiores despesas que poderão eventualmente estar associadas, não apenas ao seu poder de compra, ou até mesmo maior informação, mas também associadas à opção por uma eventual maior qualidade e menor tempo de espera (Simões, Paquete e Araújo 2008).

Podemos pois dizer que a despesa com cuidados de saúde, como medida do consumo de cuidados de saúde, tem a vantagem em relação à utilização, tal como já referido, de informar acerca do valor monetário dos cuidados recebidos, mas o que nos fornece acerca da qualidade dos mesmos não é mais que uma inferência.

Por outro lado, as diferenças da despesa em cuidados de saúde (e de utilização) por rendimento, por si só, não nos dizem tudo relativamente à equidade. Para aferir sobre injustiças a este nível deveríamos comparar indivíduos que apresentem necessidades em saúde semelhantes e depois sim, averiguar sobre a sua despesa de cuidados tendo em conta o rendimento.

Desde logo, surge o problema de definir conceptualmente “necessidade”, a morbilidade ou a presença/ausência de doença têm sido os proxys mais comuns nos estudos empíricos, utilizando o conjunto de variáveis habitual. Mas esta aproximação coloca a descoberto uma limitação importante, o facto de não se contemplar o benefício esperado da utilização dos cuidados, ou seja, no limite só poderá existir necessidade se for espectável uma melhoria do doente. Desta forma, permanece a questão do que é realmente necessário ou não, e, se admitirmos que cuidados não necessários são mais comuns em utentes ocasionais (versus utentes recorrentes), então a medição da utilização poderá estar inflacionada e o impacto da capacidade financeira da população nessa utilização também poderá estar (Lourenço et al

2007). No caso da despesa, uma utilização acrescida, partindo do pressuposto que estes cuidados terão menor valor, irá porventura reduzir a diferença entre as classes socioeconómicas nesta variável.

Ou seja, é fundamental em futuros estudos obter uma identificação mais objectiva das necessidades que levou ao consumo de cuidados e inerente despesa, até porque inclusivamente, do ponto de vista da utilização, existem estudos que referem existirem diferenças entre os utilizadores ocasionais e os utilizadores recorrentes, mostrando que existem iniquidades mais na classe dos ocasionais que nos recorrentes (Lourenço et al 2007).

No entanto, os estudos referem que considerando as mesmas necessidades os mais ricos recorrem mais vezes ao médico (Bago D’uva, Jones e Doorslaer, 2008), pelo que, considerando esta premissa, com todas as reservas expressas anteriormente, compreendemos de certa forma, as maiores despesas de saúde para o grupo dos mais ricos neste trabalho.

Noutra perspectiva, existem na realidade provavelmente muitas mais necessidades que não foram acauteladas. O ajustamento pelas variáveis demográficas e pelo estado de saúde auto-reportado não engloba completamente a complexidade das necessidades dos indivíduos que recorrem aos cuidados de saúde.

Por outro lado, a influência do sistema de financiamento nas políticas de prestação de cuidados de saúde do Estado Português é de grande importância. A sua compreensão é essencial para explicar parte das diferenças observadas na despesa e na utilização de cuidados de saúde em Portugal, e por conseguinte, na discussão da variável despesa total em cuidados de saúde (Furtado e Pereira 2010; Simões, Barros e Pereira 2008).

Na nossa análise, a despesa total com cuidados de saúde correspondeu ao somatório das despesas reportadas pelos inquiridos em diversas áreas da saúde tais como consultas, medicamentos, MCDT, cirurgias e outros. Este somatório, apesar de nos parecer o mais acertado para atingir o objectivo pretendido, usando a base de dados em causa, omite diversos pontos importantes.

Apesar da progressividade teórica dos descontos em saúde, quando olhamos para a totalidade das despesas atinge-se em Portugal uma regressividade moderada apenas ultrapassada pela Suíça e pelos EUA (Wagstaff et al 1999). Deste modo, ao utilizar apenas os pagamentos

directos na nossa análise estamos, em primeiro lugar, a pecar por utilizar uma despesa incompleta, e em segundo lugar, porque dependendo dos descontos afectos, cada indivíduo poderá ter uma maior ou menor facilidade no acesso e utilização de certos cuidados de saúde, por exemplo clínicas com acordos com ADSE, o que afectará com certeza a despesa out-of-pocket.

A consideração de todas as despesas enumeradas permite-nos ainda uma visão global da despesa com porventura perda de sensibilidade para cada um dos níveis de despesa apresentados.

Acresce ao exposto acima, que os resultados obtidos, olhando para o País no seu todo não capta possíveis disparidades geográficas. É de recordar que anteriores estudos têm demonstrado a existência de enormes iniquidades na repartição da despesa entre zonas urbanas e rurais e mesmo dentro destas zonas (Giraldes 2005).

Ainda, em relação ao sistema de financiamento e especificidades das políticas fiscais e de saúde nacionais, o facto dos indivíduos com menor rendimento apresentarem uma menor despesa com cuidados de saúde poderá não significar a existência de iniquidades mas antes da aplicação de medidas sociais tais como isenções e reembolsos totais ou a utilização mais frequente de medicamentos genéricos.

Pelo contrário a maior despesa por parte dos mais ricos poderá estar inflacionada pelo facto destes gastos poderem ser deduzidos posteriormente nos impostos. Sendo estas deduções relevantes apenas a partir de um determinado limite de despesa, são os mais abastados têm mais facilidade em usufruir das mesmas. A título de exemplo, em 2000, 44% dos agregados familiares responsáveis por 40% das despesas em saúde não beneficiavam das deduções por apresentarem rendimentos insuficientes para pagar IRS (Barros e Pereira 2008).

Deste modo, o sistema favorece sobretudo os indivíduos de mais elevados rendimentos, predispondo-os a um aumento de despesas com cuidados de saúde. Este incentivo não é recebido pelos mais pobres que ao terem também despesas privadas rapidamente se apresentam como excessivas, pois o benefício fiscal não chega a existir (Barros e Pereira 2008).

Uma outra limitação no estudo afecta a principal variável independente, o rendimento. Em primeiro lugar vários autores afirmam que o rendimento reportado em inquéritos tende a ser

alvo do chamado “recall bias” ou seja um viés por esquecimento. Segundo Nguyen (2012), citando White (1984), existe dificuldade em lembrar despesas após poucos dias da sua ocorrência, assim como existe a possibilidade dos inquiridos reportarem rendimentos acima ou abaixo da realidade por razões sociais ou fiscais. É de referir ainda o facto das despesas se reportarem apenas às duas semanas anteriores ao inquérito e à utilização de quintis na análise dos rendimentos, pelo que, estas limitações são de certa forma mitigadas.

Tomando a metodologia utilizada, na forma da regressão linear multivariada, estivemos atentos ao trabalho desenvolvido por Getzen (2000). Segundo este autor o rendimento alocado aos cuidados de saúde não é tanto um assunto individual mas está antes sujeito a um determinado nível de agregação. Desta forma, tomando um determinado grupo, definido por um tamanho variável, por exemplo por agregado familiar, pela existência de um seguro e pelas características particulares de uma região, entre outros, as despesas em saúde estarão definidas pelo rendimento na medida tomada pelo grupo e não pelo indivíduo do grupo. Num agregado familiar, será mais realista estudar o rendimento médio familiar pois a existência de um problema de saúde num indivíduo desse grupo utilizará o rendimento global e não apenas o seu individual. No limite, uma criança não terá rendimento sendo que os seus gastos são suportados pelos rendimentos combinados de ambos os pais. Também não é de menosprezar a consciência acrescida da influência que o estado de saúde de um elemento do agregado tem para o grupo, neste sentido é provável uma maior utilização de cuidados (Lourenço et al, 2007). É tendo em conta este problema metodológico que alguns autores apontam como cálculo de eleição para medição da iniquidade na despesa com cuidados de saúde, a elasticidade.

## 6. Conclusão

No presente trabalho verificámos que a despesa em cuidados de saúde variou em função do rendimento, da educação, do emprego, da idade e do sexo. No rendimento, os mais ricos gastaram significativamente mais que os mais pobres. Na educação, os grupos de maior educação apresentaram as maiores despesas, acontecendo o mesmo no grupo dos “outros” no tipo de emprego, e no escalão etário superior aos 34 anos. No que se reporta ao sexo, as diferenças não se revelaram significativas.

Verificámos ainda que a despesa com a saúde aumenta linearmente com o rendimento e com a educação.

Em termos gerais, verificámos que mesmo com o ajustamento através das variáveis indicadoras de necessidades em saúde, a um maior rendimento está associada uma maior despesa em saúde. Deste modo, é seguro afirmar que existem de facto iniquidades ao nível da despesa com cuidados de saúde em Portugal.

Este estudo segue assim na linha de outros que consideram se poder afirmar, com uma confiança bastante razoável, existirem iniquidades na despesa e naturalmente na prestação de cuidados de saúde em Portugal (Pereira 2002; Doorslaer, Masseria e Koolman 2006; Furtado e Pereira 2010).

Como anteriormente referido, este trabalho teria todo o interesse numa análise temporal, onde fosse possível efectuar comparações com os resultados obtidos e assim aferir da evolução da despesa “out of pocket” com cuidados de saúde em Portugal. A possibilidade de aferir do peso do encargo para os grupos mais pobres, julgamos, teria todo o sentido, nomeadamente em face dos constrangimentos actualmente existentes.

Julgamos que estas conclusões mais não fazem que confirmar a existência em todas as sociedades de situações de iniquidades que percorrem os grupos socioeconómicos e que muito embora as políticas de saúde tentem dar prioridade a conceitos de generalidade, universalidade e igualdade, as diferenças ao nível da saúde continuam a subsistir (WHO 2012).

Em resumo, embora se possa afirmar com uma confiança razoável que existe iniquidade na despesa com cuidados de saúde em Portugal, o aprofundamento da presente linha de



investigação poderia mostrar claramente como alcançar melhorias significativas para obviar a esta situação.

Não fica esclarecido se a iniquidade na despesa será devida à condição socioeconómica que leva a comportamentos menos saudáveis e ao consequente pior estado de saúde, impossíveis de ser alterados por opções políticas diferentes na área da saúde, ou se por outro lado, estas iniquidades advêm e/ou poderiam ser amenizadas por políticas de saúde mais sociais.

Também fica por esclarecer da verdadeira necessidade dos cuidados de saúde utilizados, principalmente no caso dos mais ricos que poderão, pela maior liquidez financeira apostar em cuidados menos essenciais e por isso mais sujeitos a subjectividade na utilização.

Por último, mas não menos importante, questionamo-nos sobre as iniquidades, até que ponto são não só estatisticamente significantes, mas relevantes em termos políticos. As diferenças encontradas demonstram que porventura a organização do Sistema de Saúde privilegia alguns em detrimento de outros. Naturalmente, as ilações políticas a retirar extravasam o âmbito deste trabalho.

A produção de conhecimento nesta área resultará seguramente num melhor entendimento e caracterização do nosso Sistema de Saúde, providenciando informação essencial para a tomada das melhores decisões.

## 7. Bibliografia

ABREU DE JESUS, W.; ASSIS, M. - Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):161-170, 2010.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Estratégias para a Saúde III.3) eixos estratégicos – Qualidade em saúde (versão discussão). Lisboa, 2011.

ANDERSEN, R. M.; et all. - Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res.* (1983) 18(1): 49–74.

ANDERSEN, R. M. - Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?; *J Health Soc Behav*, 1995; 36:1-10.

ANDERSEN, R.M.; NEWMAN, J.F. - Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional 2005.

BAGO D’UVA, T.; JONES, A.M.; VAN DOORSLAER, E. - Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. HEDG, Department of Economics, University of York. *Series Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers*, Nr 07/17 (2008).

BAGO D’UVA, T.; LINDEBOOM, M.; O’DONNELL, O.; VAN DOORSLAER, E. – Education related inequity in health care with heterogeneous reporting of health, *Netspar*. November 10, 2010.

BALTAGNI, B. ; MOSCONE, F. – Health care Expenditure and income in the OCDE Reconsidered: Evidence from Panel Data, Discussion Paper Series. March 2010.

BERTAKIS, K. et al - Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. *The Journal of Family Practice*. Vol. 49. No. 2. February 2000

BLACK, M. - Using GIS to Measure Physical Accessibility to Health Care. *WHO, Pan American Health Organization*. RMIT University, 2004.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. – Defining equity in health. *J. Epidemiol. Community Health* 2003; 57:254-258

CAMBOTA, J.N. - Desigualdades Sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil. Universidade de S. Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação. S. Paulo 2012.

CHAKROUN, M. - Health care expenditure and GDP: An International panel smooth transition approach. University of Sfax, Faculty of business and Economics. *MPRA*, May 2009.

CHAUDHURI, A. - Socio-economic inequity in health care utilization & expenditures in richer States in India. *Indian J Med Res* 136. September 2012, pp 368-369.

COMISSÃO EUROPEIA – Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia. Junho de 2010.

COLOMBIER, C.; WEBER, W. - Projecting health-care expenditure for Switzerland: further evidence against the 'red-herring' hypothesis. MPRA Paper No. 26745, 2009 (revised in 2010)

CRUZ, A.; MANSO, S. – Saúde e Economia da Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Gestão. *GESTIN* ano III nº3/ Dezembro 2004.

CUTLER, D.; LLERAS-MUNEY, A. – Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. *National Bureau of Economics Research*, Cambridge, 2006.

DEATON, A. – Inequalities in income and inequalities in health, Research Program in Development Studies. Princeton university. May 1999.

DEWAR, D. - Essentials of Health Economics. *Jones and Bartlett publishers*. Sudbury, Massachusetts, 2010.

DGS - PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012 – 2016. 3.2. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde.

DILLIP, A.; et al. - Acceptability – a neglected dimension of access to health care: findings from a study on childhood convulsions in rural Tanzania. *BMC Health Services Research* (2012) 12:113.

DONABEDIAN, A. - Aspects of medical care administration; Boston: *Harvard University Press*; 1973.

DOORSLAER, E.; MASSERIA, C. - OECD Health Equity Research Group Members. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OCDE. *Health Working Paper*: 14, 2004.

DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. - Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. (2006) pg 177-183.

DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. - Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries - for the OECD Health Equity Research Group. *CMAJ January* 17, 2006 vol. 174.

DOORSLAER, E.; CLARKE, P.; SAVAGE, E.; HALL, J.- Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system. *Health Policy* 86 (2008) 97–108.

DREGER, C.; REIMERS, V. H – Health care Expenditures in OCDE Countries: A panel Unit Rootand Cointegration Analsys. *International Journal of Applied Econometrics and Quantitative Studies*. January 2005.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Fevereiro, 2009.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde – Relatório preliminar. Fevereiro de 2011.

FERNANDES, A., PERELMAN, J. ; MATEUS, C. - Health and health care in Portugal: Does gender matter? *Instituto Nacional Ricardo Jorge*. Lisboa, Portugal 2010.

FURTADO, C.; PEREIRA, J. - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. *Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa*. Lisboa. Julho de 2010. (documento de trabalho).

GETZEN, T. – Health care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying multilevel decision Models to the analysis of health care expenditures. *Temple university Speakman Hall*. Philadelphia, 2000.

GIRALDES, M.; RIBEIRO, A. - Desigualdades socio-económicas na mortalidade em Portugal 1980/82-1990/92. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de trabalho 3/95 (1995).

GIRALDES, M. – Equidade em áreas sócio-económicas com impacto na saúde em países da União Europeia. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17 nº.3. Rio de Janeiro, 2001.

GIRALDES, M. - Despesa privada em saúde das famílias - Desigualdades regionais e sócio-económicas em Portugal, 1994-1995/2000. *Análise Social* vol. 15 XL, (174), 2005.

GRASDAL, A.; MONSTAD, K. - Inequity in the use of physician services in Norway. Changing patterns over time? *Department of economics – University of Bergen* Nº 05. 2009.

GULLIFORD, M.; et al., - What does 'access to health care' mean? *Department of Public Health Sciences, King's College London, UK. J Health Serv Res Policy* ;7(3):186-8. 2002.

HEALTH EVIDENCE NETWORK - What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? *World health organization*. July 2004.

HJORSTBERG, C.A.; MWIKISA, C.N. - Cost of access to health services in Zambia. *Health Policy & Planning*, 17: 71-77, (2002).

HOPKINS, S. – Health Expenditure Comparisons: Low, Middle and High income Countries. *The Open health services and policy Journal*, 2010.

HSIAO, W., HELLER, P. - What should macroeconomists know about Health care policy, *IMF Working paper*. January 2007.

INFARMED - Análise do mercado de medicamentos, 2012.

INSA/INE - IV Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal. Lisboa 2010.

KELLEY, E.; HURST, J. - Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. *OECD Health Working Papers* Nr 23. DELSA/HEA/WD/HWP (2006).

KELLEY, R. – Where can \$700 Billion in Waste be cut annually from the U.S. healthcare system. *Thomson Reuters*, 2009.

LAVEIST T; GASKIN, D.; RICHARD, P. – The economic burden of health inequalities in the United States. *Joint Center for Political and economic studies*. September 2009.

LOURENÇO, O.; QUINTAL, C.; FERREIRA, P.; BARROS, P.- A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem. *Faculdade de Economia da UC / CEIS-UC / Faculdade de Economia da UNL*. Junho 2007.

MACKENBACH, J. et al. - Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*, (1997), 349, 1655–1659.

MACKENBACH, J.; JAN, W.; KUNST, A. - Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. *European Commission*. July 2007.

MARMOT, M. – The Influence of income on health: Views of an epidemiologist. *Health Affairs*, 2002.

MASSERIA, C. ; GIANNONI, M. – Equity in access to health care in Italy: a disease approach. *Eur. J. Public health*, Oct 20, 2010.

MELLO-SAMPAYO; SOUSA-VALE S. – Financing health care Expenditure in the OCDE Countries: Evidence from a heterogeneous, Cross-Sectionally Dependent panel. *ISCTE-IUL Institute University of Lisbon*, 2011.

MLADOVSKY, P. et al - Health policy responses to the financial crisis in Europe. WHO, 2012.

NGUYEN, K. T. et al - Effect of Health Expenses on Household Capabilities and Resource Allocation in a Rural Commune in Vietnam. *Plos One*, Issue 10, Volume 7, October 2012.

OECD – Health at a Glance 2011 OECD Indicators. OECD, 2011.

OECD – Health Data 2012. OECD, 2012.

Oliver, A.; Mossialos, E. - Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J. Epidemiol. Community Health* (2004) 58:655–658.

OR Z., JUSOT, F., YILMAZ, E. - Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *IRDES*. Working paper: 17; 2008.

OWENS, G. - Gender Differences in Health Care Expenditures, Resource Utilization, and Quality of Care. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy JMCP* (2008) Vol. 14, Nº.3.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. - The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.

PEREIRA, J. - Prestação de Cuidados de Acordo com as Necessidades? Um Estudo Empírico Aplicado ao Sistema de Saúde Português. *Economia da Saúde*. Capítulo VI, p.141-168, 2002.

PEREIRA, J.; LOPES, S. – Desigualdade económica na distribuição do tratamento médico e das necessidades em saúde. Lisboa: *Escola Nacional de Saúde Pública*. UNL, 2005.

PEREIRA, J.; FURTADO, C. - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Poster do 3º Fórum Nacional de Saúde. *Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa*. 2010.

PEREIRA, J.; FURTADO, C. - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. 3º Fórum Nacional de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

PEREIRA, J.; PEDRO, J. - Education, income and health inequalities in Portugal. *Applied Health Economics and Health Policy* 2004;3(Suppl.): S52.

PERELMAN, J.; MATEUS, C.; FERNANDES, A. - Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal. *Social Science & Medicine*, 2010, Vol.71(1), pp.25-29.

POEL, E. ; DOORSLAER, E. ; O'DONNELL, O. - Measurement of Inequity in Health Care with Heterogeneous Response of Use to Need. *Tinbergen Institute Discussion Paper*, 2011.

RODRIGUES, C. F. , FIGUEIRAS, R., JUNQUEIRA, V. – Desigualdades Sociais. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Maio de 2011.

SANTANA, P. - Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science & Medicine*, 55 (2002) 33–45.

SANTANA, R. – O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambatório; Tese de candidatura ao grau de Doutor na especialidade de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa; *Escola Nacional de Saúde Pública* (2011).

SANTOS, L. - Inequidade social perante a doença e a morte em Portugal. Sociedade, Saúde e Economia, Actas das V Jornadas de Economia da Saúde. (coord. A: Correia de Campos e J. Pereira). Lisboa: *Escola Nacional de Saúde Pública* (1987) pg. 298–294.

SHIELDS, M.; SHOOSHTARI, S. - Determinants of self-perceived health. *Health Reports*, Vol. 13, No. 1, December 2001.

SIBLEY, L.; WEINER, J. - An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Services Research* (2011) 11:20.

SIMÕES, A.; PAQUETE, A.; ARAÚJO, M. - Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. *Revista Portuguesa De Saúde Pública* Vol. 26, Nº 1 — Janeiro/Junho 2008.

SIMÕES, J.; BARROS, P.; PEREIRA, J. — A sustentabilidade Financeira do Serviço nacional de saúde. *Secretaria Geral do Ministério da Saúde*. Lisboa 2008.

SPINAKIS, A.; et al. - Expert Review and Proposals for Measurement of Health Inequalities in the European Union. *UE* 2011.

SUTTON, M.- Vertical and horizontal aspects of socio-economic inequity in general practitioner contacts in Scotland. *Health Econ*. 2002.

SUTTON, M. et al - Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Health Policy Plan*. 2012.

THOMAS, E.; KOTTKE; ISHAM, G.- Measuring Health Care Access and Quality to Improve Health in Populations. Preventing Chronic Disease. *Public Health Research, Practice and Policy*. Vol.7 Nr4, A73. Julho 2010.

TOSETTI, E.; MOSCONE, F. – Health Expenditures and Income in the United States. *University of Leicester, Departament of Economics*, 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. - A review of concepts in health services access and utilization. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, Rio de Janeiro 2004.

VARGAS, I. et al. - Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Services Research* (2010) 10:297.

VEIGA, P. - Income-related health inequality in Portugal. *Universidade do Minho*, Working Paper: 28, 2005.

VIEIRA, E., - Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais. *Universidade Federal de Minas Gerais*, Escola de Enfermagem Mestrado em Saúde e Enfermagem. Belo Horizonte. 2010.

VILAPLANA, C. L. - Eurostat Statistics in focus, Population and social conditions. *European Commission*, Fev. 2013.

VIKUM, E.; KROKSTAD, S.; WESTIN, S. - Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey. *Int. j. Equity Health*, 2012.

WAGSTAFF et al – Equity in finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 18 (1999) 291-313.

WALTERS, S.; SUHRCKE, M. - Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. *University of Cambridge. WHO*, November 2005.

WHITEHEAD, M. - The concepts and principles of equity and health. *World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen*. 2000.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. - Concepts and principles for tackling social inequities in health: *World Health Organization*, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF - Conferência internacional sobre Cuidados Primários de saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 Setembro 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The right to health, fact sheet nº.233, WHO August 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Household Survey to Measure Access to and Use of Medicines Long Version. Instructions for Data Collection in Jordan. July 26, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – More health for Money , Chapter 4, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Environmental health inequalities in Europe, WHO 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Statistics 2012, Part III Global Health indicators, WHO 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Health 2020 policy framework and strategy, WHO Malta 10-13 September 2012.

WYSZEWIANSKI, L. - Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Serv Res.* (2002) 37(6): 1441–1443.

YOO et al – Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Korea: The fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2008. *Respirology*, vol. 16, Issue 4, pages 659 -665, May 2011.

ZWEIFEL, P.; FELDER, ST.; WERBLOW, A. - Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the "Red Herrings", *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, (2004) 29(4), 652-66.